

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Markéta Dalešická

Potřeba edukace pacientů po amputaci dolní končetiny

Need of education of patients after leg amputation

Bakalářská práce

Praha, září 2021

Autor práce: Markéta Dalešická

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby: 21. září 2021

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá potřebou edukace pacientů po amputaci dolní končetiny a skládá se ze dvou částí.

V teoretické části jsou popsány nejčastější indikace k amputaci, typy amputace, výše amputace, nejčastější komplikace po amputaci dolní končetiny a fantomova bolest. Další kapitoly obsahují informace o sebeděči a důležitou kapitolu o edukaci.

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu a je zpracovaná na základě polostrukturovaného rozhovoru se šesti respondenty. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou pacienti po amputaci dolní končetiny dostatečně edukováni.

Klíčová slova: Amputace, edukace, komplikace amputací, sebeděče, dolní končetina, fantomová bolest

Abstract

The bachelor thesis is focused on the educational importance of the patients with amputated lower limb. The bachelor thesis consists of two parts.

The theoretical part describes the most common indications for amputation, types of amputation, the number of amputation, including complications after amputation of the lower limb and phantom pain. The next chapters contain information about self-care and another, most important chapter focused on education.

The practical part is based on qualitative research and based on prepared questions in a semi-structured interview.

The main aim was to determine whether patients are sufficiently educated after amputation of the lower limb.

Key words: Amputation, education, complication of amputations, self-care, lower limb, phantom pain

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze, ve Studijním informačním systému UK, je totožná.

V Praze dne 21.září 2021

Markéta Dalešická

Poděkování

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Heřmanové Ph.D. za dohled a odborné znalosti, které mi při psaní závěrečné práce poskytla. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli možnost rozhovoru za účelem získání dat pro bakalářskou práci.

Obsah

1	ÚVOD	8
2	AMPUTACE	10
2.1	DEFINICE AMPUTACE	10
2.2	INDIKACE AMPUTACE	10
2.2.1	<i>Nemoci končetinových cév.....</i>	<i>10</i>
2.2.2	<i>Trauma</i>	<i>10</i>
2.2.3	<i>Nádory.....</i>	<i>11</i>
2.2.4	<i>Nervové onemocnění</i>	<i>11</i>
2.2.5	<i>Infekce</i>	<i>11</i>
2.2.6	<i>Vrozené anomálie.....</i>	<i>11</i>
2.2.7	<i>Nekróza</i>	<i>11</i>
2.3	VÝŠE AMPUTACE	11
2.3.1	<i>Transmetatarsální amputace.....</i>	<i>12</i>
2.3.2	<i>Amputace prstu.....</i>	<i>12</i>
2.3.3	<i>Bércová amputace</i>	<i>12</i>
2.3.4	<i>Exartikulace v kolenním kloubu</i>	<i>13</i>
2.3.5	<i>Femorální amputace.....</i>	<i>13</i>
2.3.6	<i>Exartikulace v kyčelním kloubu.....</i>	<i>13</i>
3	POOPERAČNÍ KOMPLIKACE PO AMPUTACI	14
3.1	ČASNÉ KOMPLIKACE.....	14
3.2	POZDNÍ KOMPLIKACE.....	14
3.3	POOPERAČNÍ BOLEST	14
4	KOMPLIKACE PO AMPUTACI.....	15
4.1	BOLEST BĚHEM HOJENÍ.....	15
4.2	BOLEST ZPŮSOBENÁ PROTÉZOU	15
4.3	FANTOMOVÁ BOLEST	15
4.4	HEMATOM	16
4.5	NEKRÓZA	16
4.6	OTOK.....	16
4.7	INFEKCE.....	16
4.8	KONTRAKTURA.....	17
4.9	PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY	17
5	KVALITA ŽIVOTA.....	18
5.1	DEFINICE KVALITY ŽIVOTA.....	19
5.2	MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	19
5.2.1	<i>Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba</i>	<i>19</i>
5.2.2	<i>Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba</i>	<i>20</i>
6	EDUKACE	21
6.1	EDUKAČNÍ STANDARDY	22
6.2	CÍLE EDUKACE.....	22
6.3	FÁZE EDUKACE.....	23
6.4	METODY EDUKACE	23
6.5	DOKUMENTACE	24
7	SEBEPÉČE	26
7.1	POŽADAVKY NA SEBEPÉČI	27
7.2	POŽADAVKY SEBEPÉČE.....	27
7.2.1	<i>Vývojové požadavky</i>	<i>27</i>
7.2.2	<i>Terapeutické požadavky</i>	<i>27</i>
7.2.3	<i>Faktory ovlivňující péči.....</i>	<i>28</i>
7.2.4	<i>Deficit sebek péče.....</i>	<i>28</i>

7.2.5	<i>Měření sebepěče</i>	29
8	PRAKTICKÁ ČÁST	31
8.1	FORMULACE PROBLÉMU	31
8.2	CÍL VÝZKUMU.....	31
8.3	METODA PRO SBĚR DAT VÝZKUMU:.....	32
8.4	RESPONDENTI.....	32
8.5	ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	33
8.6	ANALÝZA DAT	33
9	ŘÍZENÉ ROZHOVORY	35
10	VYHODNOCENÍ POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	45
10.1	PSYCHOLOGICKÁ PÉČE.....	45
10.2	EDUKACE.....	45
10.3	INFORMOVANOST.....	45
11	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	46
12	SHRnutí A DISKUSE	47
13	ZÁVĚR	49
14	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
15	SEZNAM PŘÍLOH	54
16	PŘÍLOHY	55

1 Úvod

Téma své bakalářské práce „Potřeba edukace pacientů po amputaci dolní končetiny“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o chirurgické obory a zároveň po přečtení internetového blogu jednoho pacienta po amputaci.

Amputace znamená, že je pacientovi odstraněna periferní část těla. V dnešní době se jedná o velmi častou problematiku. Nejčastější příčiny jsou: úraz s těžkým poškozením kostí a cév, diabetická angiopatie nebo ischemická choroba dolní končetiny. Amputace je pro pacienta složitou životní situací, se kterou se musí vyrovnat. Proto by všeobecná sestra měla znát všechna specifika této problematiky a na základě svých vědomostí umět pomoci s různými problémy provázející amputace. Péče o tyto pacienty je velmi komplexní s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální stránku pacienta. Velmi důležitou součástí péče je edukace pacienta. Tuto roli zastává sestra - edukátorka. Edukace je důležitá s ohledem na další etapy léčby a života nemocného. Během edukace ukazuje a vysvětluje sestra pacientovi, jak používat pomůcky, které se během léčby využívají. Pomalu se pacienti učí provádět denní činnosti, např. osobní hygienu, oblékání se či najezení. Tyto činnosti by měla sestra - edukátorka nejen dotyčným ukázat, ale i naučit tak, aby je mohl vykonávat samostatně. Sestra - edukátorka také edukuje pacienta o postupech léčby v domácím prostředí, např. aplikaci inzulínu, úpravě stravovacích návyků a také péči o pahýl a operační ránu.

Pokud nemocný nezvládne sám některou z činností, pak přebírá následnou péči rodina nebo je možné o tuto službu požádat některou z agentur domácí péče, která bude pacientovi pomáhat v domácím prostředí.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji příčinám amputací, dělením amputací, kvalitou života po amputaci, sebepéči a edukaci. V praktické části se zabývám kvalitativním výzkumem pomocí rozhovorů s pacienty po amputaci dolní končetiny. Cílem mé práce je seznámit čtenáře s problematikou amputací dolních končetin, indikacemi vedoucími k amputaci, typech amputací dolní končetiny a případných komplikací. Důležitou součástí péče o pacienty po amputaci je jejich edukace.

Cílem bylo zhodnotit, jak pacienti po amputaci cítí míru edukace od ošetřujícího personálu, dostat tuto problematiku do povědomí zdravotníků a tím zlepšit úroveň péče po výkonu.

2 Amputace

2.1 Definice amputace

„Jako amputaci definujeme odstranění části těla včetně krytu měkkých tkání a přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření.“ (Dungl a kolektiv 2014)

Amputace dělíme na několik kategorií, např. dle příčiny nebo výšky amputace.

Příčinou amputace může být primární neboli časná amputace, která se provádí bezprostředně po úrazu (nehodě), sekundární amputace, která se provádí v průběhu onemocnění a terciální amputace, která je také označována jako pozdní amputace a provádí se především pro vylepšení života.

Druhy amputací dle výšky dělíme na nízkou, střední a vysokou. Nízká amputace se provádí v bérce asi 10 - 15 cm pod kolenním kloubem. Střední amputace se provádí v 1/3 stehna a vysokou amputací rozumíme exartikulaci v kyčelním kloubu. (Kusá, 2012)

2.2 Indikace amputace

2.2.1 Nemoci končetinových cév

Indikací pro amputaci dolních končetin je diabetická angiopatie, která přechází do diabetické gangrény s infekcí. Také indikací k chirurgickému zákroku bývá chronická či akutní žilní nedostatečnost. Za důležitou se považujeme spolupráci s angiology a diabetology, kdy je hlavním cílem zachování co nejdelšího pahýlu taktikou „limb saving surgery“. (Sosna a kolektiv, 2001)

2.2.2 Trauma

Důvodem pro amputaci může být závažné devastující poranění bez možné rekonstrukce poškozených struktur a dále při nezvládnutých komplikacích, jako je gangréna. Nejčastěji se jedná o trauma při autonehodách, o pracovní nebo sportovní úrazy. (Sosna a kolektiv, 2001; Koreň, 2016)

2.2.3 Nádory

U pokročilých nebo opakujících se zhoubných nádorů se amputace provádí skoro vždy. Zcela výjimečně se provádí amputace u benigních nádorů, a to především z důvodu špatné lokalizace nebo velikosti. (Sosna a kolektiv 2001, Koreň 2016)

2.2.4 Nervové onemocnění

K amputaci může vést neuropatie, vedoucí k závažným trofickým vředům, což ohrožuje nejen končetinu pacienta, ale i jeho život. (Sosna a kolektiv, 2001)

Neuropatie se vyskytuje u 45 % - 62 % diabetiků, ischemie u 7 % - 13 % pacientů. (Hlinková a kolektiv, 2019)

2.2.5 Infekce

Řešení je v intenzivní antibiotické léčbě, proplachové laváži, revizi anebo reamputaci. (Sosna a kolektiv, 2001)

K příčinám častých infekcí patří zhoršená vrozená nebo získaná imunitní odpověď (imunodeficit při diabetes mellitus), malnutrice, častá hospitalizace.

(Dungl a kolektiv, 2014)

2.2.6 Vrozené anomálie

Amputace se u anomálií doporučuje tehdy, kdy není možné ortoticko-protetické vybavení a končetina neplní funkci. (Sosna a kolektiv, 2001)

Rozlišujeme transversální a longitudiální defekty, například: amelie, hemiamelie, fokomelie. (Dungl a kolektiv, 2014)

2.2.7 Nekróza

U rozsáhlých nekrotů se amputační řešení provádí v případech, kdy je nekróza zapříčiněna fyzikálním vlivem tzn. popáleniny, omrzliny nebo poranění, způsobené el. proudem. O výši amputace se rozhoduje až po demarkaci nekrotů (chirurgické odstranění odumřelých částí). (Dungl a kolektiv, 2005)

2.3 Výše amputace

Stanovit výši amputace je nejtěžší otázkou. Operatér se vždy snaží o to, aby byla amputace provedena v co nejnižším místě, ale zároveň mohla být zhotovena vhodná protéza. U pacientů imobilních a v celkově horším stavu se

provádí vysoká amputace, která se spolehlivěji zahojí. U mladých pacientů a pacientů v lepším zdravotním stavu se provádí nízké amputace i s možnou následnou reamputací. (Zeman, 2006)

2.3.1 Transmetatarsální amputace

Během transmetatarsální amputace se protnou všechny metatarsy příčným řezem. Řez vede z dorzální strany na úrovni protínané kosti. Tím vznikne dlouhý plantární lalok, kterým se překryje řezná rána. (Zeman, 2006)

Po této amputaci se doporučuje sádrová fixace a nezatěžování dolní končetiny. Při tomto typu amputace se obuv upravuje protetickou výplní. Pacient má s protetickou výplní vhodnou chůzi, ale problematickým může být běh. Přesto je schopný plnohodnotné sebezpečce. (Dungl a kolektiv, 2005; Zeman, 2006)

2.3.2 Amputace prstu

Amputace prstu se indikuje, když je přítomna změna, postihující distální a střední část falangu. (Zeman, 2006)

Pokud se jedná o palec, který má výsadní postavení mezi prsty, tak se doporučuje ponechání malé části báze. Tím se zachová pozice sezamských kostiček. Amputace palce neovlivňuje stoj ani chůzi. Při běhu se amputace palce může projevit klaudikací z důvodu absence opory při odrazu. U druhého prstu může amputace vést ke vzniku hallux valgus. U ostatních prstů toto riziko nehrozí. Po amputaci všech prstů vznikají problémy při rychlejší chůzi či běhu. Tento problém se řeší protetickou výplní obuvi. (Dungl a kolektiv, 2005)

2.3.3 Bércová amputace

Bércové amputace se řadí mezi nejčastější amputace kvůli ischemickým změnám na dolních končetinách. (Zeman, 2006)

Při bércové amputaci se lýtková kost resekuje proximálněji než holenní. Přední strana holenní kosti se srazí v místě resekce. Tento výkon slouží k prevenci lokálních kožních otlaků. Někdy se spojuje bérec periostálním rukávem nebo kostním můstkem, což má zabránit vzájemnému pohybu kostí. Přední a zadní kožní lalok se používá k zakrytí rány v případě, pokud je amputace provedena z neischemické příčiny. Délka laloků by se měla shodovat s průměrem končetiny v místě amputace. U amputace, která je indikovaná z ischemického důvodu, má

převahu zadní kožní lalok, nebo stejně velký laterální a velký mediální lalok. (Dungl a kolektiv, 2005)

Čím blíže ke kolennímu kloubu se amputace provede, tím je míra hojení vyšší. Pacienti, kteří mají transtibiální amputaci, snášejí protézy lépe než pacienti s vyšší úrovní amputace. (Smutný, 2013)

2.3.4 Exartikulace v kolenním kloubu

Po exartikulaci vzniká kvalitní zátěžový pahýl, který poskytuje pevné držení protézové stehenní objímky. Další výhodou je zachování dobré funkce stehenních svalů a dlouhé páky, což umožňuje zachovat švihovou fázi chůze. Takto dlouhý pahýl přispívá k udržení rovnováhy, k sezení a vstávání. Pacient zvládá sebezpečí a plnou zátěž v protéze. (Dungl a kolektiv, 2005)

Amputace v kolenním kloubu se může provádět v různých modifikacích. Při základní metodě se ligamentum patellae sešije s pahýlem zadního křížového vazy a ponechají se intaktní chrupavky kosti stehenní. Nejčastěji se používá resekce kondylu v transversální rovině s česčkou napevno zafixovanou k resekční linii. (Dungl a kolektiv, 2005)

2.3.5 Femorální amputace

Tuto amputaci lze považovat za běžný operační výkon, který může být proveden ve třech stupních. Během operace se odstraní dolní končetina ve femuru. Když není pahýl dostatečně dlouhý, zkomplikuje se tím i následná rehabilitace. (Dungl a kolektiv, 2014)

„V případě nízké amputace ve femuru je nutno myslet na délku mechaniky protetického kolenního kloubu (8–10 cm) k zajištění stejné výšky osy ohybu obou kolenních kloubů po vybavení pacienta protézou.“ (Dungl a kolektiv, 2005)

2.3.6 Exartikulace v kyčelním kloubu

Amputace se provádí v poloze na zdravém boku pacienta. Zákrok se zahajuje preparací a podvázáním stehenní tepny, poté se preparuje kyčelní kloub. Po snesení celé dolní končetiny je doporučeno odstranit chrupavku a vzniklou dutinu vyplnit svaly. Krytí se provádí adduktorovým nebo gluteálním lalokem. (Dunkl a kolektiv, 2014)

3 Pooperační komplikace po amputaci

Pooperační komplikace můžeme dělit do několika skupin. Včasné a pozdní, lehké, nezávažné, ale také těžké až život ohrožující. Vždy se jedná o nežádáný jev, který prodlužuje hojení a zvyšuje náklady na léčbu. (Michalský a Volfová, 2008)

3.1 Časná komplikace

Objevují se bezprostředně po operaci v souvislosti s anestezií. Do těchto komplikací můžeme zařadit například poruchy dýchání, embolizace krevní sraženinou v plicích, infekce, kardiovaskulární selhání či nauzea. Většina těchto komplikací vzniká ještě na operačním sále. (Garajová, 2010)

3.2 Pozdní komplikace

Objevují se až v pozdějších dnech po operaci na JIP, nebo na standardním oddělení.

3.3 Pooperační bolest

Pacienti bolest popisují jako ostrou a bodavou bolest v pooperačním období, která se zvyšuje při pohybu končetinou, tlakem na oblast rány při otoku. Bolest můžeme regulovat medikamentózně, kontrolou edému, používáním fyzikálních metod, bandážováním pahýlu a polohováním ve zvýšené poloze 2x - 3x denně. Bolest postupně odeznívá. (Smutný, 2013)

4 Komplikace po amputaci

4.1 Bolest během hojení

Méně častý typ bolesti se hůře diagnostikuje a léčí. Je důležitý důkladný popis bolesti, její charakter, lokalizace nebo intenzita bolesti. Pomocí důkladného vyšetření, vyhodnocení svalové síly a rozsahu pohybu se může vyloučit absces, zánět nebo artritida. Příčinou bolesti během hojení může být infekce kosti, artritida, fraktura, podráždění nervu atd. (Smutný, 2013)

4.2 Bolest způsobená protézou

Bolest způsobená protézou se dobře diagnostikuje, protože je mechanického rázu. Po upravení protetického lůžka protetikem lze bolest zmírnit. Pokud je na pahýlu defekt, neměl by pacient užívat protézu, dokud se pahýl nezhojí. Pacient může zůstat mobilní pomocí berlí, chodítka nebo vozíku. (Smutný, 2013)

4.3 Fantomová bolest

Fantomová bolest byla poprvé popsána v roce 1558 Ambroisem Parém a dodnes je záhadou. Fantomovými bolestmi po amputaci trpí většina pacientů. Téměř 80 % se s nimi setká. (Kolář a kolektiv, 2009)

Fantomové bolesti se objevují v prvním týdnu po operaci a mohou přetrvávat několik měsíců až let po amputaci. (Magee, 2008)

Fantomová bolest vzniká v důsledku chirurgické nebo traumatické ztráty části těla. Je třeba rozlišit fantomovou bolest od bolesti pahýlu. Fantomová bolest je popisována jako řezavá, pálivá, křečovitá. Vzhledem k nejasné patologii nelze určit přesnou léčbu, ale bolestem se dá předcházet prevencí za pomoci farmakologické a psychologické terapie. (Kaiser, 2016)

Fantomovou bolest popisují pacienti různě. Někdo jako pocit, jiní jako bolest (pálivou, křečovitou nebo vystřelující). Tyto bolesti se léčí velmi obtížně a k potlačení se používá medikamentózní terapie zahrnující analgetika, elektroneurostimulace a zrcadlovou terapii. Pacientovi také může přinést úlevu dotyková terapie, masáže, poklepávání nebo tření. Pacienti, kteří trpí neutišitelnou

fantomovou bolestí, spáchají v ojedinělých případech sebevraždu. Mohou se vyskytnout i fantomové pocity, při kterých pacienti pociťují přítomnost dolní končetiny. (Kolář a kolektiv, 2009; Sosna a kolektiv, 2011; Smutný, 2013; Dungal a kolektiv, 2005)

4.4 Hematom

Hematom je výron krve, který dráždí své okolí a může způsobit lokální zánět, což vede k otokům a další bolesti. Hematom vzniká následkem úderu nebo silného tlaku. V případě úrazů se jedná o podkožní krvácení. (Zeman, 2011)

Hematomu lze předcházet správnou drenáží rány. Jedná se o závažný problém, který může vést k infekci. Větší hematomy vyžadují revizi.

(Dungal a kolektiv, 2005; Sosna a kolektiv, 2001)

4.5 Nekróza

K nekróze dochází v operační ráně a příčinou je smrt buněk a tkání. Nekrotizující tkáň vzniká při vniknutí infekce a při špatném hojení rány.

Pokud se jedná o nekrózu menší než 0,5 cm, je možné ji ponechat a ránu nechat zhojit per secundam. Při větší nekróze je potřeba operační revize, nekrektomie a resutura. (Dungal a kolektiv, 2005; Sosna a kolektiv, 2001)

4.6 Otok

Otoku můžeme předcházet pomocí správné elastické bandáže, která je přiložena již na operačním sále. Následkem špatně přiloženého obvazu může vzniknout „hruškovitý pahýl“, který se velmi složitě protězuje. (Dungal a kolektiv, 2005; Sosna a kolektiv, 2001)

4.7 Infekce

Infekce je třetí nejčastější komplikace, a to ve 14 % - 20 % případů. Infekce zvyšuje mortalitu a vysoké procento rehospitalizace. Zdroj sepse je, kromě infekčních ložisek, všechen cizorodý materiál. Sepsa vzniká v měkkých tkáních a kůži. Symptodem infekce je otok, zarudnutí, hnisavá sekrece i citlivost, horečka. Na kůži se projevuje změnou barvy, odlupováním, bolestí nebo

svědění. Předcházet jí můžeme pomocí správné hygieny rukou, operačního pole a dalším. (Streitová a kolektiv, 2015)

Řešení je v intenzivní antibiotické léčbě, proplachové laváži, revizi anebo reamputaci. (Sosna a kolektiv, 2001)

4.8 Kontraktura

Kontraktura je patologické stažení svalu.

Prevence u kontraktury pažky je správné a časně polohování, jež se provádí ihned po operaci. Vhodné je také svalové vyvážení myoplastik, nebo myodéz a rehabilitace. V nezbytných případech se provádí rigidní sádrování. (Dungl a kolektiv, 2014)

4.9 Psychologické problémy

Reakce pacientů na amputaci jsou rozmanité. Amputace výrazně zasahuje do života. Ne každý pacient se se situací lehko vyrovná. Často tyto pacienty postihují deprese a proto je důležitá spolupráce s rodinou, psychologem a rehabilitačními pracovníky. (Sosna a kolektiv, 2001)

5 Kvalita života

Charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku, nazýváme kvalita– „jakost“ nebo „hodnota“. Již odedávna se zabývají lidé otázkou kvality života. Holandský psycholog z univerzity v Utrechtu J. Bergsma, píše k problému kvality života: „*Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě.*“ (Payne, 2005)

Kvalita života byla ohniskem a zdrojem inspirace jejich myšlení, toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo. „*Známý je výrok Aristotela o tom, že štěstí je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory. Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstí peníze.*“ (Křivohlavý, 2008)

Kvalita života je rovněž o hodnotách, o individuálních žebříčkách hodnot, o potřebách a o jejich uspokojování. Teorie potřeb se velmi často pojí s teorií motivace. Maslow tvrdí, že každý člověk má individuální systém motivů, který je seřazen dle hierarchie.

Převládnu nižší neuspokojené potřeby nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. K tomu vede hierarchické uspořádání potřeb. Ti, co uspokojí své základní potřeby, bývají šťastnější, zdravější a výkonnější, než ti, kteří nedokáží své potřeby uspokojit. K tomuto zjištění došel právě Maslow. (Trachtová, 2008)

Různé vědecké disciplíny, jako je psychologie, ekologie, medicína, sociologie či kulturní antropologie, se zabývají termínem kvality života. Hovoří se o ní v různých kontextech. Kvalita života u různých sociálních skupin se srovnává a sleduje v oboru zvaném sociologie. Cílem srovnávání kvality života u různých sociálních skupin je nalezení faktorů, které determinují kvalitu života nejvíce. Na subjektivní klid se zaměřuje psychologie a za použití různých metod se ji snaží změřit. (Payne, 2005)

Širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka zahrnuje koncept kvality života – od oblasti spojené s prožíváním životního štěstí a dosahováním životních cílů až po fyzické funkce. V několika vědních oborech (v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, sociologii, psychologii, pedagogice, andragogice, ekonomii a dalších) je zkoumaná (hlavně v posledních třiceti letech) problematika kvality života.

„Koncept kvality života získal v jednotlivých vědních disciplínách své nezastupitelné místo, které je vyzdvižováno a různými přístupy napadáno zároveň.“ (Gurková, 2011)

5.1 Definice kvality života

„V měření kvality života a definování, uchopování jejích objektivních a subjektivních aspektů v rámci zdravotní péče stále přetrvává nejednoznačnost a nejednotnost.“ (Gurková, 2011)

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života: *„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem“.* (Brůnová, 2012)

5.2 Měření kvality života

Kvalita života je velmi širokým a složitým pojmem. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebe pochopení. Zkoumá psychologické, sociální, materiální, duchovní a další podmínky pro šťastný a zdravý život člověka. Kvalita života je jedním z ukazatelů hodnocení efektivnosti léčby. (Gurková, 2012)

Podle Křivohlavého (2002) rozdělujeme metody měření na tři skupiny:

- metody smíšené, vzniklé kombinací následujících dvou metod
- metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- metody, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba

5.2.1 Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba

Zde hodnotí kvalitu života blízká osoba pacienta, např.: rodina, sestry nebo lékař. Objektivně měříme chování pacientů touto metodou. Pracujeme s takzvaným modelem „obecného pacienta“, tím se dává možnost srovnání kvality života pacientů na různých odděleních, různých stádiích nemoci. Tím vyjádříme celkový stav číselně.

Pomocí APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém). (Křivohlavý, 2002)

Další možností, jak hodnotit objektivně, je pomocí indexu kvality života. Zde se uvádí slovně formulovaná kritéria. Výhodou této metody je spoluúčast psychologů, sester a lékařů na stanovení kritérií.

Další možností, jak hodnotit kvalitu pacientova života, je pomocí VAS- Visual Analogue Scale. Zde hodnotíme kvalitu života na základě vizuálního škálování celkového stavu pacienta, kdy se tyto údaje zaznamenávají.(Křivohlavý, 2002)

5.2.2 Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Metoda má odlišnou závažnost pro pacienta. Je to metoda strukturovaného rozhovoru, kdy pacient uvádí několik životních cílů, které považuje za nejdůležitější v danou chvíli, např. rodina, práce, zdraví apod. V průběhu času a při změně situací se mění názor pacienta na to, co pro něj může být důležité před operací a po operaci. Především se to týká proměnlivosti dimenzí kvality života a průběhu času. (Křivohlavý, 2002)

Další použitelnou metodou je metoda dotazníku SQUALA. Je to sebe posuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy teorie potřeb. Obsahuje několik oblastí jako prožitek pravdy, svobody či spravedlnosti. Využití dotazníků je možné v oblasti sociální i medicínské, psychologické a pedagogické. (Vand'urová, Mühlpacher, 2005)

6 Edukace

Edukace je jeden z důležitých prvků ošetrovatelství a nedílnou součástí ošetrovatelství. Cílem edukace je předcházení nemoci, navrácení zdraví a zkvalitňování života jedinců. Je to proces neustálého ovlivňování chování a jednání jedince ke zlepšení jeho vědomostí, návyků, dovedností a postojů. (Juřeníkov, 2010)

Edukaci dělíme na základní, reedukační a komplexní. O základní edukaci hovoříme v případě, kdy se jedinec učí novým dovednostem a vědomostem. Pacient po amputaci získává od lékaře základní informace ohledně předoperační přípravy, průběhu operace a následné ošetrovatelské péči. Pacient od sestry získává rady, jak správně nacvičovat chůzi o berlích, pečovat o pahýl, polohovat pahýl, bandážovat, nasazovat a snímat protézu. V péči o pacienta po amputaci dolní končetiny má sestra snahu mu být oporou v těžké životní situaci. (Juřeníková, 2010)

Během reedukační činnosti může všeobecná sestra navázat na předchozí vědomosti, zkušenosti a dovednosti edukanta. Vědomosti a dovednosti pacient prohlubuje a rozšiřuje o nové poznatky. Úkolem reedukace je opakovat a obnovovat již získané dovednosti a vědomosti pacienta z předchozí edukace. Reedukace je vhodná, když je pacient již po prodělané operaci. Nemocný nacvičuje péči o pahýl a chůzi o berlích. Na závěr se provádí komplexní edukace, která je rozšířená o nové poznatky, které získává jak pacient, tak jeho rodina. Rodině je poskytnuta komplexnější informace ohledně nemocného. Edukace mohou probíhat nejen v ambulancích, ale i v kurzech. (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010)

Edukace se mohou vést individuálně, nebo skupinově. Individuální edukace má výhodu ve vzájemné zpětné vazbě mezi edukantem a sestrou, avšak je časově náročná. Skupinová edukace není časově náročná, ale není velká možnost respektování individuálních potřeb každého pacienta. (Křivohlavý, 2002)

Edukantem je nejčastěji pacient, který je hospitalizovaný. Ale není to pravidlem. Avšak edukantem může být i zdravotník, který se vzdělává v rámci praxe. Je to každý člověk bez ohledu na prostředí nebo věk. Může se jednat

o jednotlivce, ale i o malou nebo velkou skupinu. Edukant nově získané informace zpracovává. (Kuberová, 2010; Juřeniková, 2010)

Edukatorem je aktér dané edukační aktivity. Jedná se o důležité postavení vyučujícího subjektu. Během hospitalizace je edukátorem lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut nebo fyzioterapeut. Sestra edukátorka plní roli iniciátorky, koordinátorky a organizátorky edukačního procesu. Plní nejen kroky edukačního procesu, ale reaguje na další potřeby pacienta a rodiny. Prostřednictvím edukace se snažíme pomoci pacientovi pochopit jeho roli v péči o svou osobu a zodpovědnost za zdraví. Předpokládá se, že edukátor bude mít dostatek empatie, ochoty pomoci, respektu k osobě pacienta, konzultační dovednosti a komunikační schopnosti. (Juřeniková, 2010)

Důležitým prvkem v edukaci je prostředí, kde edukace probíhá, což se vzájemně ovlivňuje typem pacientů, obsahem a intenzitou procesů. Edukaci může ovlivnit prostor, kde edukace probíhá, barva osvětlení, nábytek a celková atmosféra. (Kuberová, 2010; Klusoňová, 2014)

6.1 Edukační standardy

Edukační standard je měřítkem při hodnocení kvality vzdělávacích institucí, kde edukace probíhá. "Edukační standardy jsou dohodnutou normou, měřítkem, kritériem pro zjištění profesionální kvality edukace." (Juřeniková, 2010, s. 71)

Standard má obsahovat zpravidla téma edukace, charakteristiku a cíl edukace. Také obsahuje pro koho je standard závazný, kdo se jím řídí, dobu platnosti, jak často bude standard kontrolován. Kdo bude kontrolovat kritéria, která zabezpečí plnění standardu. Je tím ovlivněna kvalita edukace a vyzdvihuje požadavky, které je potřeba během edukace splnit a objektivně hodnotit kvalitu edukace. (Juřeniková, 2010)

6.2 Cíle edukace

Jako cíl edukace můžeme chápat výsledky, kterých bychom chtěli dosáhnout. Po amputaci dolní končetiny se jedná především o nácvik soběstačnosti a péči o pahýl, který zahrnuje bandážování, polohování, otužování nebo přikládání protézy. (Kuberová, 2010)

Cíle můžeme dělit podle psychického vývoje na blízké a vzdálené, etapové, obecné, speciální a specifické.

6.3 Fáze edukace

Sestra nemá jen činnost ošetrovatelskou, ale také pedagogickou. Edukuje, vysvětluje, motivuje pacienta. V této roli se sestra celoživotně vzdělává, aby se mohla co nejefektivněji vzdělávat. Edukace a její kvalita je závislá na vzájemné interakci mezi kvalitami, postoji, názory a zájmy edukátora a edukanta. (Kuberová, 2010; Skalková, 2005)

V první fázi edukace sestra zjišťuje důvod edukace, vědomosti a dovednosti edukanta, stanovuje cíle edukace. Hlavními faktory, které mohou přispět k edukaci, je věk edukanta, pohotovost, motivace nebo ochota se učit. (Erbová, Kozierová, Olivierová, 2004)

Ve druhé fázi se sestra snaží o realizaci a zapojení pacienta do samotného procesu. Edukátor poskytuje pacientovi specifické informace ohledně soběstačnosti a péče o pahýl. (Kálal, 2000; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010; Slezáková, 2010)

V poslední fázi procesu probíhá hodnocení edukace. Můžeme hodnotit cíle krátkodobé i dlouhodobé. Edukátor hodnotí změnu chování pacienta, zdraví a úspěšnost edukace. Hodnotíme soběstačnost pacienta v každodenních činnostech a péči o pahýl. Důležitá je také zpětná vazba, kdy sestra pokládá otázky k dané problematice tak, aby mohla zjistit, zda byla edukace úspěšná. (Juřeníková, 2010; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010)

6.4 Metody edukace

V edukaci využíváme hned několik metod. Jedná se o metodu pozorování, experimentu a rozhovoru. Lze dosáhnout změny v chování nebo v sociální oblasti. Každý má právo na edukaci a je důležité edukovat pacienta, ale i jeho rodinu, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům a komplikacím. (Juřeníková, 2010)

Během volby edukační metody u pacienta po amputaci dolní končetiny je potřeba přihlídnout k osobnosti edukanta, jeho vědomostem a zkušenostem. Je nutné zhodnotit i jeho psychický stav a prostředí, kde bude edukace probíhat. Teoretická edukace je přednáška, diskuze, cvičení nebo seminář. Používáme také

praktické metody jako instruktáž, asistování, demonstrace, stáž a exkurze. (Juřeniková, 2010; Skalková, 2007)

U pacientů po amputaci dolní končetiny nejčastěji využíváme instruktáž a rozhovor. Nejdříve pomocí rozhovoru sestra vysvětlí, jak správně bandážovat, jaké pomůcky bude pacient k ošetření potřebovat. Poté předvede prakticky daný výkon a posléze si pacient vše vyzkouší na modelu. Pokud to edukovaný zvládá na modelu, může přistoupit k bandážování vlastního pahýlu. (Kálal, 2000)

Vhodné je proložit edukaci i psanou formou, kdy je pacientovi předán srozumitelný materiál, obsahující obrázky a popis postupu např. bandážování. Po ukončení edukace je pacient požádán o zopakování informací tak, aby se sestra ujistila, že pacient všemu rozuměl. Pokud sestra zjistí, že je něco nejasného, danou problematiku vysvětlí ještě jednou. (Juřeniková, 2010; Křivohlavý, 2002; Magurová, Majerníková, 2012)

6.5 Dokumentace

Vedení dokumentace je povinností každé nemocnice. Je základem ošetrovatelského procesu a má informační, právní a odbornou funkci. Každá dokumentace by měla být srozumitelná, stručná, úplná, čitelná a snadno dostupná. Záznam v dokumentaci slouží jako dokument o konkrétním postupu, výkonu, výsledcích. Slouží jako zdroj informací o potřebách pacienta, cílech a výsledcích ošetrovatelské péče. (Janáčková, 2008)

Během plánování edukace zaznamenáváme do dokumentace schopnost pacienta účastnit se určitých činností. Nesmíme zapomenout do dokumentace uvést, kdo se účastnil plánování edukace a podílel na jeho realizaci. Před propuštěním do domácího prostředí by měl pacient získat dostatek informací a zkušeností s používáním kompenzačních pomůcek. (Kálal, 2000)

Může nastat i situace, kdy pacient odmítá navrhovanou léčbu i edukaci. V tom případě by sestra měla zjistit, jaký důvod k tomu pacient má (rezignace na zdravotní stav nebo neochotu se učit). Pokud se toto děje, zapíše se do dokumentace záznam o odmítnutí péče a edukace pacientem. Pokud sestra zjistí důvod odmítnutí, zapíše ho do dokumentace, poučí člena rodiny a jeho jméno

zapiše do záznamu. Musí také zapsat jméno lékaře, kterého informovala o odmítnutí edukace pacientem. (Hartl, 2007)

V dokumentaci by mělo být datum, místo, jméno edukujícího, předmět edukace, použité pomůcky, cíl edukace, úroveň znalostí edukanta, metody edukace, struktura, průběh edukace, podpis edukátora a edukanta. (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010)

7 Sebepečce

Pro člověka nemoc představuje velmi náročné životní období. Během života se dostává do situace, kdy není schopen se o sebe postarat a vyžaduje pomoc od druhé osoby. Péči druhé osoby potřebuje v době stárnutí, které doprovází nedodržování vhodného způsobu života, různá onemocnění a tím dochází k poruše zdraví. Cílem je naplňovat potřeby nemocného nebo mu pomoci tak, aby své potřeby dokázal sám uspokojit. Tyto potřeby může v době nemoci vykonávat odlišným způsobem, než byl zvyklý, např. za pomoci kompenzačních pomůcek a dopomoci druhé osoby. (Průcha, 2005; Magurová, Majerníková, 2012)

„Sebepečce je soubor činností, které si každý jedinec zabezpečuje sám za účelem zachování života, zdraví a pohody. Činnosti sebepečce jsou ovlivněné věkem jedince, schopnostmi jedince a sociokulturním prostředím. Sebepečce je filozofií zdravého způsobu života, je konkrétním chováním jedince ve prospěch vlastní existence.“ (Průcha, 2005, s. 54 -55)

Sebepečci chápeme jako lidskou funkci, kterou osoba vykonává vědomě tak, aby zajistila a udržela stav materiálních věcí, podmínek k zachování života. Sebepečce je naučená, má určité cíle a tím se odlišuje od instinktů a reflexů. (Bekel, Halmer, 2004)

Pro pacienta je ztráta soběstačnosti během nemoci velikou zátěží. Jak psychickou, tak i fyzickou. Těžce snáší, že sám nemůže vykonávat běžné činnosti. Mezi základní činnosti řadíme například hygienu, výživu, vyprazdňování, atd... Aby byli pacienti schopní vykonávat tyto činnosti samostatně, je potřeba zajistit vhodné kompenzační pomůcky a mít bezbariérový přístup. (Trachtová, 2013)

„Jedním ze základních cílů moderního ošetřovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný, být nezávislý bez pomoci druhých.“ (Staňková, 2007)

Sestra poskytne autonomii tím, že respektuje pacienta, jeho přání, názory i předchozí zkušenosti s nemocí. Docílí toho tím, že zapojí pacienta do plánování péče, což výrazně napomáhá při léčbě a péči o nemocného. *„Být autonomní znamená zůstat pánem svého možného způsobu života. Pacientská autonomie znamená zachování identity, tzn. ponechat pacienta tím, kým je a kým chce být, tzn. nebyt pohlcen pacientskou rolí.“* (Vyhnálek, 2007)

Heteronomie je opakem autonomie. Znamená to, že je pacient veden sestrou bez možnosti se sám podílet na dané situaci. (Vyhnálek, 2007)

7.1 Požadavky na sebeděči

Schopnost pečovat sám o sebe vychází ze základních potřeb k udržení normální funkce organismu, života a zdraví. Oremová označila tři druhy požadavků na sebeděči, které ovlivňují schopnost jedince v sebeděči na univerzální, terapeutické a vývojové požadavky sebeděče. Požadavky existují v každé věkové skupině a rozlišují se intenzitou a délkou trvání. (Slezáková, 2010; Čechová, Rozsypalová, 2012)

7.2 Požadavky sebeděče

Jsou požadavky, související se základními procesy a funkcemi. Například rovnováha mezi odpočinkem a aktivitou, správná funkce vylučování moči a stolice, sociální interakce, mezi bezpečím a rizikem, které ohrožují život a zdraví jedince. (Trachtová, 2013)

7.2.1 Vývojové požadavky

Tyto požadavky jsou spojené s vývojem jedince. Jsou to faktory, které umožňují lidský vývoj v různých fázích života. Požadavky zahrnují zodpovědné chování jedince v určitých situacích, učení se emocím a snahu o pochopení emocí negativních. (Bekel, Halmer, 2004)

7.2.2 Terapeutické požadavky

Požadavky při odchylce od normy nebo poruchách zdraví. Souvisejí s terapeutickými, diagnostickými, rehabilitačními výkony, adaptací organismu a edukací při terapeutických a trvalých vlivech nemoci. (Trachtová, 2013; Průcha, 2005)

Během plánování péče je důležité udržovat a podporovat zdraví. Při realizaci denních aktivit se snažíme udržovat nebo zvyšovat nezávislost jedince. U pacientů po amputaci dolní končetiny se v rámci hygieny doporučuje otužování pahýlu. Nemocný toho docílí tím, že pahýl bude střídavě sprchovat teplou a studenou vodou. Koupel se nedoporučuje kvůli hrozícímu pádu při přemísťování z vany. Během sprchování sestra zajistí vhodné prostředí, které je tiché a teplotně

vůlné. Připraví také hygienické pomůcky, které bude pacient potřebovat. Velmi důležité je pacientovi připravit signalizační zařízení pro případ pomoci. Koupelna by měla být vybavena pro bezpečnost pacienta protiskluzovou podložkou a madly, což dává pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Sestra také musí zhodnotit, zda pacient koupel zvládne sám či s dopomocí. Po koupeli je potřeba pokožku promazat neдрáždivým krémem, který slouží také jako prevence proti odřeninám a opruzeninám. (Trachtová, 2013)

Při stravování servírujeme pacientům jídlo vždy vkusně a tepelně upravené. Po operaci dbáme na zvýšený příjem energie v podobě zvýšeného množství bílkovin, vitamínů a tuků, aby u pacienta nedošlo k nerovnováze mezi energetickými zásobami a požadavky. (Trachtová, 2013; Němcová, 2010)

Pacient po amputaci dolní končetiny by měl mít i správnou obuv pro svou bezpečnost. Obuv má být měkká, pohodlná, pevná a prostorná, aby se zabránilo pádu a poranění. (Slezáková, 2010)

Pacient by měl veškeré činnosti vykonávat v době, kdy je odpočatý. Dbáme na pacientovo soukromí a zbytečně jej nevystavujeme nepříjemným pocitům studu, například při hygieně či použití toalety. (Trachtová, 2013)

7.2.3 Faktory ovlivňující péči

Faktory ovlivňující péči dělíme na sebepéči, fyzické, psychosociální a faktory spojené s léčbou. Mezi fyzické faktory řadíme vývojové stádium a zdravotní stav jako onemocnění pohybového a nervového systému. Ale hlavním obdobím učení je dětství, kdy dochází k upevňování návyků a proměnám míry soběstačnosti při jejich uspokojování. Mezi psychosociální faktory řadíme strukturu osobnosti, rodinu a prostředí. (Venglářová, 2006)

7.2.4 Deficit sebepéče

K deficitu sebepéče dochází, když je nerovnováha mezi schopnostmi jedince a schopností identifikovat požadavky na soběstačnost. Deficit je důvodem k poskytnutí ošetrovatelské péče. Cílem je aktivizace pacienta, tak, aby byl co nejvíce soběstačný a mohl sám uspokojit své potřeby. (Zacharová, 2009)

Dorothea Orem říká: „*Deficit sebepéče je vztah mezi kompetencí sebepéče a potřebou sebepéče jednotlivců, u nichž schopnosti k sebepéči neumožňují*

vyplnění některých nebo všech komponentů jejich potřeby sebeděče.“ (Bekel, Halmer, 2004)

Pokud sestra zjistí disfunkci, použije ošetrovatelské diagnózy, patřící do třídy sebeděče. (Trachtová, 2013)

NANDA v publikaci Ošetrovatelské diagnózy uvádí diagnózy: Deficit sebeděče při oblékání, Deficit sebeděče při stravování, Deficit sebeděče při koupání a Deficit sebeděče při vyprazdňování. Tyto deficity sebeděče vznikají, pokud má pacient zhoršenou schopnost danou činnost provést. (Linhartová, 2007; Ošetrovatelské diagnózy, 2013)

7.2.5 Měření sebeděče

Sestra posuzuje pacienta a jeho schopnost sebeděče už od první chvíle, kdy se s pacientem setká. Hodnocení by mělo být základní součástí vyšetření každého pacienta již při příjmu tak, abychom mohli dobře definovat problémy a správně naplánovat intervence. Během nemoci je soběstačnost řazena mezi nejdůležitější hodnoty při poskytování péče. Ošetrovatelské plánování musí odpovídat stavu a soběstačnosti pacienta. Nejlepší metodou, jak zhodnotit pacienta, je testovací škála. Škály jsou vytvořeny tak, aby byly srozumitelné veškerému ošetrovatelskému personálu. Nejčastěji se používá Barthel index. (Magurová, Majerníková, 2012)

K rychlému zhodnocení nemocného slouží dělení do čtyř stupňů. První stupeň soběstačnosti znamená, že je pacient zcela soběstačný a nepotřebuje pomoc sestry. Do druhého stupně patří nemocní, kteří jsou částečně soběstační a obslouží se i mimo lůžko, ale s dopomocí. Do třetího stupně řadíme pacienty, kteří jsou soběstační, ale upoutaní na lůžko a potřebují pomoc ošetrujícího personálu. Do čtvrtého stupně řadíme nemocné, kteří jsou imobilní, v bezvědomí a potřebují plnou pomoc ošetrujícího personálu. (Staňková, 2007)

Hodnocení úrovně sebeděče najdeme v ošetrovatelských modelech Oremové nebo Gordonové, slouží jako ucelený systém pro hodnocení sebeděče pacienta. (Staňková, 2007; Trachtová, 2013)

Mezi nejznámější testy k měření soběstačnosti je Barthel index, který hodnotí schopnost sebeděče v činnostech přijímání potravy, hygieně čištění zubů, mytí obličeje, koupání nebo holení. Barthel index také hodnotí přemisťování

z lůžka do křesla a zpět, chůzi do schodů a ze schodů, oblékání a svlékání či kontinence moči a stolice. Test dokazuje, zda je pacient soběstačný či zda potřebuje pomoc druhé osoby. (Trachtová, 2013)

Dále je používán test Rivermead ADL Scale, který hodnotí, jak uvedené tak i rozšířené činnosti. Mezi rozšířené činnosti patří například příprava horkého nápoje a svačiny, pohyb na lůžku, chůzi po pokoji, oblékání, používání toalety a osobní hygienu. ADL můžeme měřit pomocí Barthel index a IADL testem pro instrumentální všední činnosti. (Magurová, Majerníková, 2012)

Kromě technik (testy) můžeme využít i kódy funkční úrovně, pomocí kterých se hodnotí a posuzují kognitivní schopnosti pacienta. Kognitivní funkce určují schopnost zapamatovat si určitou situaci nebo věc a provádět výkon dle instrukcí. Pokud jsou zhoršené kognitivní funkce, snižuje se i schopnost vykonávat denní aktivity u nemocného. (Trachtová, 2013)

8 Praktická část

Hlavním cílem této závěrečné práce je zjistit potřebu edukace pacientů po amputaci dolní končetiny pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly stanoveny na základě předem daných cílů. Při psaní teoretické části práce byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním z cílů bylo zjistit, zda pacienti byli edukováni ohledně problematiky amputací. Druhým z určených cílů bylo zjistit, zda ošetřující personál upozornil na vznik fantomových bolestí a jak tyto bolesti zvládat. Poslední z cílů této práce bylo zjistit, zda pacientům byla nabídnuta psychologická pomoc a pokud ano, v jaké míře.

8.1 Formulace problému

V posledních letech v České republice stoupá počet nemocných po amputaci dolní končetiny. Nejčastější příčinou amputace je diabetes mellitus 2. typu, převážně u starších pacientů. Pacienti s amputovanou dolní končetinou se vyskytují i mezi mladými lidmi, kdy se jedná o amputacezpůsobené především úrazy. Edukace je téma, které se v posledních letech často diskutuje, protože se jedná o jednu ze základních částí efektivní léčby. Bohužel je edukace často opomíjená z důvodu nedostatku času i přes to, že vhodně zvolená edukace může ovlivnit efektivitu léčby a následně kvalitu života. (Spáčil, Táborský, 2008)

Po získání potřebných poznatků v teoretické části této bakalářské práce a osobní zkušenosti autora během péče o klienta v domově seniorů a po přečtení blogu jednoho z respondentů, byl směr této práce zaměřen především na potřebu vzdělávání a informování pacientů po amputaci dolní končetiny. Nejvíce alarmující otázka, jež vyvstala z tohoto průzkumu a jež je hlavním tématem závěrečné práce, zní: „Jsou pacienti po amputaci dolních končetin dostatečně edukováni?“

8.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda je edukace pacientů po amputaci dolní končetiny dostatečná. Vzhledem ke složitější problematice bylo v této práci stanoveno několik dílčích cílů a doplňujících výzkumných otázek.

Cíl 1: Zjistit, zda byli pacienti v nemocnici edukováni ve způsobu péče o pahýl.

Cíl 2: Zjistit, zda byli upozorněni na možný vznik fantomových bolesti, a informováni, jak je léčit.

Cíl 3: Zjistit, zda byli pacienti dostatečně informováni o možnosti psychologické péče a zda jim byla tato péče nabídnuta.

8.3 Metoda pro sběr dat výzkumu:

Pro sběr dat byl vzhledem k náročnosti problematiky zvolen polostrukturovaný rozhovor, jehož použití dovoluje obsáhlejší objem dat, vycházející z předem připravených témat a otevřených otázek. Pro výzkum bylo sestaveno devatenáct po sobě jdoucích výzkumných otázek, díky kterým bylo možno dojít ke stanoveným cílům.

Rozhovor probíhal po předchozí domluvě elektronicky na jedné z platforem jako ZOOM, Skype atd. Každý trval cca 30 min. Respondenti byli různého pohlaví, věku, výše amputace a různého vzdělání. Respondenti podali ústní souhlas k nahrávání rozhovoru, ale zde v bakalářské práci jsou data anonymizována. Respondenti se sami ozvali poté, co jsem požádala o pomoc na sociální síti v jejich komunitní skupině.

Kvalitativní výzkum definujeme jako systematický sběr dat. Nesmí chybět subjektivní pohled a přístup k popisu i interpretaci výsledků získaných od respondentů. Je nutné dodržovat u tohoto typu výzkumu několik zásad, a to např. otevřenost, subjektivitu, reflexivitu a další. (Bártlová, Tóthová, 2005)

8.4 Respondenti

Do výzkumného šetření byli osloveni pacienti, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny. Tím byl výběr respondentů specifický. Nerozhodovala výška amputace, věk, ani příčina amputace. Šetření se účastnili respondenti jak s úrazovou, tak neúrazovou amputací. Neúrazové amputace jsou způsobené gangrénou nebo cévním onemocněním. Respondenti mají tedy podobnou diagnózu a v ostatním se liší, a to v příčině, věku, pohlaví, zaměstnání a dosaženém vzdělání. Pro výzkum bylo osloveno šest pacientů, z toho čtyři muži

a dvě ženy. Všichni byli po amputaci v uplynulých letech, ale ne dříve než před půl rokem. Respondenti byli hospitalizováni v nemocnicích po celé České republice. Pacienti byli osloveni na sociální síti, kde jsem vysvětlila důvod výzkumu a získala jejich souhlas s účastí. Rozhovory jsem si nahrála na telefon, poté přepsala do počítače a analyzovala.

8.5 Získávání informací

Respondenti souhlasili s nahráváním na záznamové zařízení. Byli předem seznámeni s důvodem, tématem a názvem práce.

Rozhovory probíhaly vždy po předchozí domluvě v určitý den a čas na jedné z internetových platforem, kterou určil respondent. Autorka této bakalářské práce se snažila přizpůsobit časovým potřebám respondentů. Každý rozhovor trval 30 až 40 min. Díky tomu, že se respondenti nacházeli ve svém prostředí, kde jim je příjemně, rozhovory probíhaly bez problému a v přátelském duchu. Rozhovory byly postupně započaty v dubnu roku 2021 a ukončeny v červnu 2021.

Bylo nutné předem stanovit otázky pro výzkumné šetření, zkontrolovat funkčnost záznamového zařízení a získat souhlas s nahráváním.

V úvodu byly kladeny otázky ohledně základních údajů o příčinách, vedoucích k amputaci. Následoval prostor pro odpověď a vyprávění respondentů. Tím vznikla možnost získat lepší vhled do jejich pocitů a emocí. Otázky byly předem dané, ale pro lepší pochopení příběhů byly kladeny další doplňující otázky.

8.6 Analýza dat

Respondenti o sobě poskytli obecné osobní informace. Jedná se o věk, rodinný stav, pohlaví, vzdělání, bydlení a příčinu amputace.

Podle zákona č. 110/2019 Sb., o ochraně a zpracování osobních údajů jsou respondenti označovány A1-A6.

Respondent A1: Muž ve věku 44 let, rozvedený, středoškolsky vzdělaný (záchránář). Žije sám v bytě, má ve střídavé péči syna. Je po transtibiální amputaci pravé dolní končetiny od srpna 2018. Příčinou amputace byla cukrovka, se kterou se léčí již od mládí. V době rozhovoru byl na neschopence pro defekt na pahýlu.

Respondent A2: Žena ve věku 45 let, svobodná, vysokoškolsky vzdělaná (právnička). Žije sama v bytě. Transtibiální amputace pravé dolní končetiny od července 2019. Příčinou amputace je vrozená cévní vada.

Respondent A3: Muž ve věku 18 let, svobodný, ve třetím ročníku na gymnáziu, chce se hlásit na záchranáře. Žije s rodiči v bytě a je po amputaci od května 2020. Transtibiální amputace po traumatickém úrazu na motocyklu. Rád sportuje, hraje hokej, běhá.

Respondent A4: Muž ve věku 34 let, rozvedený, vysokoškolsky vzdělaný (marketing), žije sám v bytě. Femorální amputace od července 2019. Příčinou amputace byl traumatický úraz na motocyklu. Má psa, rád sportuje.

Respondent A5: Žena ve věku 34 let, vdaná, má dvě děti, vysokoškolsky vzdělaná, bydlí v domě. Femorální amputace již 27 let. Amputace byla provedena po sepsi, která vznikla traumatickým úrazem (pád pod nákladní auto). Tráví čas s dětmi, ráda chodí na procházky, na masáže.

Respondent A6: Muž ve věku 31 let, svobodný, středoškolsky vzdělaný, žije v domě s přítelkyní. Transtibiální amputace od dubna 2020. Příčinou amputace byl pracovní úraz. Nyní bez práce registrován na úřadu práce. Má kočku, rád plave.

9 Řízené rozhovory

1. Kdy jste byl operován a co bylo důvodem k amputaci?

A1: V srpnu 2018, kvůli cukrovce, měl jsem zánět.

A2: V červenci 2019, vrozená cévní vada.

A3: V květnu 2020, nehoda na motorce.

A4: V červenci 2019, nehoda na motorce.

A5: Již před 27 lety, pád pod nákladní auto, po týdnu sepse a amputace.

A6: V dubnu 2020, pracovní úraz.

Komentář: Dle odpovědí je zřejmé, že jednotliví respondenti se liší v příčině a času amputace, ale mají společnou diagnózu, a to amputaci dolní končetiny. Liší se v důvodu amputace. Dva respondenti měli plánovanou amputaci a čtyři amputaci traumatického rázu.

2. Byl/a jste před operací informován o amputaci a o změnách, které by mohly nastat? (bydlení, práce, sport)

A1: Ne, jen že mi amputují nohu.

A2: Ano, na vše jsem se ptala, lékař mi informace dal.

A3: Ano, nějakou informaci jsem dostal, ale dost pesimistického rázu, nechtěli mi dávat naděje.

A4: Trochu, ale byl jsem tišen léky.

A5: Moc si nepamatuji, pokud ano, tak to řešili s rodiči.

A6: Ne a vyhodili mě z práce, že se mnou nepočítají.

Komentář: Tři dotazovaní se shodují, že dostali informaci ohledně změn, které mohou nastat, dva dotazovaní nebyli informováni vůbec a jeden dotazovaný si nepamatuje.

3. Jaké byly Vaše pocity po operaci?

A1: Upřímně jsem si chtěl vpálit kulku do hlavy.

A2: První pocit, že to strašně bolí.

A3: Nemám nohu, noha nedoroste, „jsem salámista“.

A4: Po probuzení jsem věděl, že mám hadičky, dráty. Když mi to řekli, tak jsem brečel.

A5: Zpětná vazba od bráchy, že jsem byla zlá, sprostá...

A6: Otočil se mi celý svět vzhůru nohama.

Komentář: Z odpovědí všech dotazovaných vyplývá, že to byl pro všechny šok, se kterým se musí vyrovnat. Měli po amputaci odlišné pocity a myšlenky.

4. Byla Vám nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

A1: Byla a stála úplně za prd. Než aby mi pomohli, spíše mě utlumovali prášky, žádný rozhovory, intervence.

A2: Ne, ani mi to nenabídli a ani se na to neptali. Já tu potřebu neměla a ani se mě nikdo neptal, tak jsem to neřešila.

A3: No, jak to říct... Ono ten první den, jak jsem prohlašoval, „proč mi nevzali druhou nohu, že bych se vešel lépe do postele“ a začal se tam smát, tak mi řekli, že psychologa zvat nebudou. To si pamatuji doteď a že kdybych potřeboval, tak si mám říct.

A4: Nebyla, a ani se nedivím, protože jsem tam stále sršel vtipem. A5: Ne, ani to asi dřív nebylo.

A6: Ne, bylo mi řečeno, že se s tím musím poprat sám.

Komentář: Respondenti se k této otázce vyjádřili jednohlasně, a to tak, že jim nebyla nabídnuta žádná psychologická pomoc.

5. Máte pocit dostatečné informovanosti ohledně péče? (převazy, péče o ránu, ...)

A1: Ne, o operační ránu ano, potom ten pahýl, že si má člověk vyvazovat, aby to dostalo nějaký tvar, tak to ani náhodou.

A2: Určitě, nemůžu si na nic stěžovat.

A3: V jedné nemocnici to věděli moc dobře, takže ano, ale ve druhé jsem jim to ukazoval já, rádi se přiučili.

A4: Ne, to mi přišlo nejhorší.

A5: Ne, nic. Asi až v lázních.

A6: Ne. Pomáhaly sestry až ve druhé nemocnici, kde mě to učili.

Komentář: Jen dva respondenti měli pocit dostatečné informovanosti ohledně péče o pahýl a tři respondenti o tom, jak pečovat o ránu. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že je potřeba, aby pacienti měli více možností získat informace ohledně správné péče o pahýl po amputaci.

6. Byl jste spokojen s rozsahem edukace v nemocnici?

A1: Péče byla super, ale informace nulové.

A2: Spokojenost, opravdu že ano.

A3: V každé nemocnici to probíhalo jinak, včetně chování personálu. V jedné nemocnici byli chování personálu úžasní, ale ohledně amputace nevěděli skoro nic a ve druhé to bylo naopak.

A4: Asi za 3, Mohlo by to být určitě lepší.

A5: Byl to pokus omyl, neměli tolik mladých amputářů.

A6: Ukázali mi to, mohl jsem si to natočit, a poté se to naučila přítelkyně, spokojenost.

Komentář: Dva respondenti byli spokojeni s rozsahem edukace, jeden respondent byl spokojen částečně, protože viděl rozdíl mezi fakultní nemocnici a oblastní nemocnici a tři respondenti spokojeni nebyli.

7. Měl jste potíže po operaci? Popřípadě jaké?

A1: Ne, nic.

A2: Ne, vůbec ne. Rána se dobře zahojila.

A3: První problémy byly, když sem dostal sepsi.

A4: Při první amputaci jsem měl úplně vzorové dohojení.

A5: Mně se to vždycky dobře hojilo.

A6: Ne, žádný problém.

Komentář: Pět respondentů z šesti nemělo po amputaci žádné potíže. Jeden respondent dostal sepsi.

8. Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech a jak je zvládat?

A1: Ne, asi jsem si prošel fakt peklem.

A2: Informoval. Já jsem je začala mít docela brzo, dostávala jsem léky na bolest.

A3: Věděli přesně co to jsou fantomové bolesti. Snažili se mi pomoci.

A4: Přišel jsem na to sám, že mám fantomové bolesti. když mě to tam na tom lůžku furt bolelo a při tom mě to nemělo bolet, říkal jsem si o léky na bolest.

A5: Jsou to spíš pocity, bolesti jako takové nemám.

A6: Ano, dávali mi léky na bolest.

Komentář: Informovanost pacientů ohledně fantomových bolestí od ošetřujícího personálu je dobrá. Z odpovědí čtyř respondentů vyplývá, že se ošetřující personál snažil pacientům od bolestí pomoci. Jeden respondent vypověděl, že si asi prošel peklem a jedna respondentka, že má spíše pocity než bolesti.

9. Informoval Vás někdo, jak správně pečovat o pahýl? Pokud ano, kdo to byl?

A1: Ne, vůbec nic, čerpal jsem ze svých vědomostí. Pomohli mi až v rehabilitačním centru.

A2: Nebyl to fyzioterapeut, byly to sestřičky. Ty přišly, bandážovaly mi to a naučily mě to, abych si bandáže mohla dělat sama.

A3: Byla, ale až od protetiky, takže později.

A4: Ne, vůbec. Když jsem odcházel z nemocnice, tak jsem to měl zalepený a zabandážovaný.

A5: Rodiče byli poučeni až v lázních.

A6: Až sestřičky v Brně, po sedmnácti dnech.

Komentář: Odpovědi respondentů se liší v tom, kdo je edukoval ohledně správné péče o pahýl. Někoho edukovaly sestry, jiného protetik či rehabilitační pracovník nebo čerpal ze svých znalostí, např. ze vzdělání záchranáře.

10. Byly po operaci nějaké komplikace?

A1: Ne nic. Akorát až teď jsem dostal novou podtlakovou protézu a asi mi nesedí.

A2: Ne, tělo se s tím popralo dobře.

A3: Měl jsem sepsi, protože jsem spadl do potoka a dostala se mi tam špína a po intubaci pneumonii.

A4: Ano, po té první operaci nebyly, to se ta jizva krásně zavřela, vytáhly se stehy, vše v pohodě. Když jsem byl na druhé operaci, tak oni tu nohu otevřeli prakticky na stejném místě, akorát ty kraje vzali jinudy, nevím proč, ale budiž, takže tam mám trochu rozšklebenou jizvu.

A5: To si nepamatuji, nejspíš ne.

A6: Ne, jen proběhla reamputace, jinak žádné komplikace.

Komentář: Respondenti se v odpovědích shodují převážně na tom, že neměli žádné nežádoucí pooperační komplikace. Ale pokud potíže nastaly, byly vážného charakteru ohrožující život, jako například sepse.

11. Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel?

A1: Ne, vůbec. V nemocnici vám uříznou nohu a nazdar.

A2: Moje maminka. Ta byla u bandážování. A jinak to nebylo potřeba.

A3: Ano, byla edukovaná mamka.

A4: Myslím si, že nejvíc ségra, ta se opravdu angažovala nejvíc a všech se vyptávala, nenechala se odradit.

A5: Samozřejmě, rodiče.

A6: Ano, přítelkyně. Ta se naučila bandážovat, vše jsem si nahrával.

Komentář: Pět ze šesti respondentů řeklo, že se personál v nemocnici snaží edukovat i rodinné příslušníky tak, aby rodina byla schopná podpořit sebekpěči nemocného v domácích podmínkách. Jeden respondent vypověděl, že nikdo z jeho blízké rodiny edukován nebyl

12. Byly Vám podány informace o možnostech protetiké péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek?

A1: Až v rehabilitačním centru jsem dostal veškeré informace.

A2: Přišel za mnou můj protetik, kterého mám dodnes. Jsem s ním spokojená. Opravdu mi všechno vysvětlil.

A3: Poprvé mi podali informaci na ARU, ale hodně zkresleně. Zdravotnický záchranář byl skvělý a fakt se mi snažil pomoci, co to šlo, nemohu říct křivé slovo, ale bylo vidět, že taky úplně neví a pak protetik no.

A4: Ne, vůbec, tam mě prostě jenom sešili a nic. Až v rehabilitačním centru.

A5: To jsem vše prostudovala časem. A protetik.

A6: Dostal jsem informaci od chirurga, že za mnou přijde někdo, kdo s tím má zkušenosti.

Komentář: Odpovědi respondentů se dost liší. Každý pacient dostal informace v různém časovém rozmezí. Tři respondenti získali informace od

protetika, Jeden respondent získal základní informace již od zdravotnického personálu v nemocnici, dva v rehabilitačním centru.

13. Navštívil Vás během hospitalizace protetický pracovník?

A1: Ne, až na Malvazinkách.

A2: Ano.

A3: Ne, hledal jsem si sám, na internetu.

A4: Návštěva protetického pracovníka proběhla už v nemocnici, ale museli jsme si ji sami zajistit.

A5: To si už nepamatuji.

A6: Našel jsem si na internetu informace o amputářiích a nakonec si protetik našel mě. Napsal mi do soukromé zprávy, že mám dojet za ním.

Komentář: Protetický pracovník navštívil jen dva respondenty již v nemocnici. Jednoho respondenta až v rehabilitačním centru. Další dva respondenti si hledali informace na internetu a jednoho z nich si našel protetik sám za kterým poté sám respondent jel. A jeden respondent si nepamatuje.

14. Byl jste dostatečně připraven pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

A1: V nemocnici jsem dostal pár informací

A2: Jo, přesně. Jak sprchovat pahýl, jak masírovat jizvu, nejvíce od svého protetika, těch informací jsem k tomu měla hodně.

A3: Asi jo, byl. Mamka byla zdravotní sestra a věděla, jak přibližně pečovat.

A4: Nakoupil jsem si obvazy a dezinfekce pro případ, že bych to ještě potřeboval, vlastně na tu druhou operaci. Po té druhé operaci jsem to využíval o hodně víc. Stahovací obinadla, abych pak správně bandážoval. Toho jsem se bál nejvíce že bych to mohl nějak pokazit.

A5: Rodiče koupili madla a pomáhali.

A6: Docela jo, pomohla přítelkyně.

Komentář: Jedna pacientka A2 byla dostatečně poučená a informovaná ohledně péče o pahýl v domácích podmínkách, tyto informace získala od zdravotníků v nemocnici, ostatní respondenti si hledali informace na internetu nebo čerpali z vlastních zkušeností.

15. Informoval Vás někdo při propuštění na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

A1: Dotazů ani náhodou, jen při obtížích navštívit emergenci.

A2: Já jsem měla svého chirurga a protetik, takže ti to byli.

A3: Můj skvělý protetik ohledně dotazů byl vždy na telefonu. Nebo zavolat do nemocnice.

A4: Dostal jsem propouštěcí zprávu, kde byly v hlavičce telefony, jména doktorů. A to bylo celý.

A5: U mě už jen protetik.

A6: Propouštěcí zpráva a tam telefony.

Komentář: Dva ze šesti respondentů získali telefonní čísla z propouštěcí zprávy, tři se mohli obrátit na svého protetika a jeden byl odkázán na emergenci v případě potíží.

16. Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

A1: Hodně, vážíš si víc života a chceš žít naplno. Už neblbneš.

A2: Určitě ovlivnila, ale já si to nepřipouštím a někdy mám pocit, že si ani neuvědomuji, že tu nohu nemám.

A3: Nijak, možná mě posunula dál jakoby trochu mentálně, celkově mě to posunulo dopředu, přemýšlím nad věcmi trochu jinak.

A4: Já přemýšlím, jakým způsobem. Neovlivnila. Je tam spousta kladných a záporných věcí, takže dá se na to koukat tak i tak, ve všem se člověk musí přizpůsobit.

A5: Dost, hlavně v pubertě, spolužáci divně koukali, posmívali se, bála jsem se, že zůstanu sama.

A6: Dost, byl jsem zvyklý pracovat a teď jsem doma, zdravý a nemám z toho nic.

Komentář: Respondenti se shodují na tom, že amputace jim ovlivnila život. Jeden si váží více života. Jeden se mentálně posunul dál, jeden si tuto událost nechce připustit, další přemýšlí, který aspekt v životě mu amputace neovlivnila. Jedné respondentce amputace ovlivnila pubertu tím, že se bála, co bude. A jeden respondent byl amputací ovlivněn tak, že nemá práci.

17. Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

A1: Nejvíce můj syn, byli mu 3 roky, ex přítelkyně mi také hodně pomohla.

A2: No rodiče, bydlím u nich a stále pomáhají.

A3: Všichni, kamarádi, brácha, máma.

A4: Určitě rodina, ta bez debat, ti tam byli od začátku, kamarádi, kolega z práce, kámoši, co jsem poznal za život, takže kolektiv, ale rodina nejvíce.

A5: Rodiče a bratr.

A6: Přítelkyně a rodina.

Komentář: V odpovědích se všichni respondenti shodují, že jejich největší oporou v této těžké životní situaci byla nejbližší rodina, partner nebo děti. Tito jim pomáhají a neustále je podporují v dalším vývoji.

18. Znáte nějaké občanské sdružení, které věnuje této problematice?

Využil jste jejich pomoc?

A1: Nevyužil a neznám, No Foot No Stress- to mi něco říká.

A2: Zním No Foot No Stress, spolupracuji s Cestou za snem, která se teda věnuje všem postiženým.

A3: V tu dobu jsem o žádném vůbec nevěděl.

A4: Zním, mám už kamarády v No Foot No Stress

A5: Tak to je No Foot, S protézou život nekončí, Klape to, Ty, co lezou na Sněžku a Asociace protetických pacientů.

A6: Pouze Facebook, nic jiného neznám. Co No Foot No Stress? „jo to znám.“

Komentář: Všichni respondenti znají nebo slyšeli alespoň o jednom sdružení, věnujícím se pacientům po amputaci. Když byl vysloven název sdružení, tak ti, co ho nevyhledali, si vzpomněli, že o sdružení alespoň slyšeli.

19. Odkud máte informace o sdružení?

A1:0

A2: Přes rehabilitační pracovníci.

A3: Od protetika

A4: Hodně hledám na internetu.

A5: Informace si hledám na internetu.

A6: 0

Komentář: Respondenti A1 a A6 o sdružení již slyšeli, ale informace si nijak nevyhledali. Respondenti A4 a A5 si informace hledají především na internetu a respondenti A2 a A3 mají informace od zdravotnického personálu. V tomto se respondenti nejvíce liší.

10 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru

Rozhovor byl rozdělen do třech kategorií, a to: psychologická péče, edukace a informovanost.

10.1 Psychologická péče

Pět respondentů uvedlo, že jim vůbec nikdo nenabídl pomoc psychologa. Jeden uvedl, že mu byla nabídnuta psychologická pomoc poté, co si zdravotnický personál všiml změny v chování po vysazení opiátů. Někteří uvedli, že ji ani nepotřebovali, protože se s danou situací zvládli vyrovnat sami pomocí vtipu a především s pomocí rodiny a známých.

10.2 Edukace

Z rozhovoru s respondenty vyplývá nedostatečná edukace ohledně sebezpěče o pahýl v domácích podmínkách. Je nutné v nemocnicích lépe školit personál, a to i na méně časté problémy v ošetrovatelské péči.

10.3 Informovanost

Pět respondentů z šesti si muselo informace vyhledat samostatně na internetu. Pouze jeden měl veškeré informace od svého ošetřujícího lékaře ještě před samotnou amputací. Z toho vyplývá, že pacienti, kteří měli akutní amputaci, nemají následně dostatek informací od zdravotnického personálu oproti pacientům s plánovanou amputací.

11 Vyhodnocení výzkumných cílů

Cíl 1: Zjistit, zda byli pacienti v nemocnici edukováni, jak pečovat o pahýl.

Cíl 2: Zjistit, zda byli pacienti upozorněni na možný vznik fantomových bolestí, a jak je léčit.

Cíl 3: Zjistit, zda byli pacienti dostatečně informováni o psychologické péči a zda jim tato péče byla nabídnuta.

Cíl 1: Pacienti po amputaci dolní končetiny byli edukováni až od rehabilitačních pracovníků v rehabilitačním centru anebo od protetického pracovníka. Edukace proběhla především v oblasti péče o jizvu, pahýl a bandážování.

Cíl 2: Šetření zjišťovalo, zda pacienti po amputaci dolní končetiny byli upozorněni na projevení fantomových bolestí a také, jak je zvládat. Pacienti byli poučeni a seznámeni s fantomovou bolestí, ale jak ji řešit a zvládat v domácím prostředí, jim nikdo neřekl. Každý to řešil na základě svého vlastního posouzení.

Cíl 3: Pouze jednomu pacientovi z šesti byla nabídnuta psychologická pomoc poté, co ošetřující personál zpozoroval změny nálad. Pěti pacientům psychologická pomoc nebyla nabídnuta vůbec.

12 Shrnutí a diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda pacienti po amputaci dolní končetiny byli dostatečně edukováni v oblasti sebekpěče, psychologické pomoci nebo fantomové bolesti. Výzkumné šetření zjišťovalo, v jaké míře jsou pacientům předávány důležité informace ohledně amputace. Dále nás zajímalo, jak svoji edukaci vnímají samotní pacienti.

Výzkum probíhal od března do června 2021. K výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Celkem bylo provedeno šest rozhovorů s pacienty po amputaci dolní končetiny. Výzkumný vzorek tvořili čtyři muži a dvě ženy. Pomocí rozhovoru jsme se také dostali hlouběji do problematiky edukace a péče o pahýl.

Po porovnání odpovědí respondentů výzkumu jednoznačně vychází, že informovanost pacientů po amputaci dolní končetiny je nedostatečná. Odbornou radu většinou dostanou až od rehabilitačních pracovníků nebo protetiků i několik týdnů po amputaci. Tento poznatek zjistila také Simona Petráková ve své bakalářské práci „*Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny*.“, kde popisuje, že pacienti se cítí nedostatečně edukováni a přáli by si více informací od ošetřujícího personálu již v nemocnici, s čímž musím souhlasit. (Petráková S., 2014) Respondenti v mém výzkumném šetření odpovídali velmi podobně. Ale v bakalářské práci „*Deficit sestry- edukátorka u nemocných po amputaci dolní končetiny v praxi*“ (Blafková Š., 2010), kde z výzkumu mezi sestrami vychází, že není pravda, že by sestry nevěděly, jak správně edukovat nebo neměly dostatečné znalosti, ale největším problémem je spolupráce s pacienty a nedostatek času.

Během porovnávání odpovědí pacientů po amputaci dolní končetiny bylo také zjištěno, že psychologická pomoc byla řádně nabídnuta jen jednomu z šesti respondentů, a to až když si ošetřující personál všiml změny nálady po vysazení opiátů. Pacient nakonec tuto pomoc odmítl, protože tato změna nenastala z důvodu psychických problémů, ale z důvodu potíží s bolestmi. Tento výsledek je shodný s výsledkem zkoumání i v bakalářské práci na téma „*Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny*“ (Petráková S., 2014)

Dalším důležitým výsledkem šetření je poznatek, že pět pacientů ze šesti nebylo řádně poučeno o tom, jak zvládat bolest. Také z výzkumného šetření

vyplývá, že o změnách, které mohou nastat, byla informována jen jedna ze dvou respondentů, kteří měli plánovanou amputaci.

Pokud budeme hledat příčinu, proč se některé jevy vyskytují takto často, je pravděpodobné, že pacienti, kteří mají amputaci traumatického původu nemají dostatek možností ani čas se předem vyptávat či zjišťovat informace. Zarážející je, že ve výzkumném šetření byli dva respondenti s plánovanou amputací, ale pouze jedna měla dostatečné informace o průběhu amputace. Druhý respondent, který měl plánovanou amputaci, se se vším musel vyrovnat sám. Sám si vyhledat informace a čerpat z vlastních zkušeností. Další čtyři respondenti měli amputaci traumatického rázu, takže veškeré informace zjišťovali až po operaci na internetu. I po prostudování dvou výše zmíněných bakalářských prací vidím řešení v tom, aby se vytvořil jeden web, který by shromažďoval veškeré informace, týkající se amputací. Od kontaktů na psychology, po kontakty na protetické pracovníky a také péči o pahýl. Odkaz na tyto stránky by měl být umístěn na viditelném místě na nástěnce při vchodu na oddělení. Dalším způsobem by mohl být vypracovaný edukační letáček pro tyto pacienty, který by dostali od sester přímo na oddělení. A pokud z bakalářské práce Šárky Blafkové vychází, že je na tuto edukaci málo času, tak pozměnit systém tak, aby vzniklo času na pacienty více. Pomohl by kurz, který by se zabýval problematikou amputací a vyškolil by sestry edukátorky v této problematice. Tak jako máme stomické sestry, sestry specialistky na hojení ran atd.

13 Závěr

Velké fakultní nemocnice jako první léčebné zařízení v řadě vůbec neřeší psychologickou pomoc. odborně neporadí. Provedou amputaci a pacienta pošlou do péče oblastní nemocnice, kde s amputacemi nemají téměř žádné zkušenosti. Pokud má pacient zájem o odbornou psychologickou pomoc, musí si ji sám aktivně vyhledat. Nemocnice spoléhají na součinnost rodiny, přátel, ale sami v této oblasti nepodnikají nic. Výzkumného šetření se účastnili lidé v produktivním věku a s aktivním způsobem života. Je nutno také zmínit fakt, že tato skupina respondentů je celkem výjimečná a obecně lze říci, že ne každý má takové štěstí amputaci přijmout. Dostupná psychologická pomoc by byla jednoznačně pozitivní změnou v zavedeném systému.

Dalším velkým problémem, vzešlým z průzkumu, je nedostatek informovanosti pacientů ohledně péče o pahýl, hygienu, bandážování a péče o jizvu. Pacienti mají oprávněný strach z toho, že udělají chybu při bandážování, což by je limitovalo v následné protetické péči o pahýl. Tyto informace, podané v nemocnici, jsou nedostatečné, personál nemá speciální vzdělání a na odděleních většinou není čas to s pacienty podrobně probírat. Přitom chybná péče o pahýl se může projevit zvýšenou bolestivostí, špatným tvarem pahýlu, což vede k problémům s protetikou, vznikají otoky, hematomy a defekty, což pacienta dále poškozuje.

Čtyři se šesti dotazovaných po amputaci dostali jen lékařskou zprávu a telefonní číslo, kam lze volat v případě komplikací. Neexistuje žádný centrální systém, jak pacienty nasměrovat k odborným radám, ke kontaktu s nadacemi, spolky apod. Pacienti potvrzují, že nebýt rodiny a blízkých přátel, s touto situací by se vyrovnávali daleko hůře.

Lze se domnívat, že zavedením lepší edukace pacientů, ale i sester, by se podmínky pacientů s amputacemi výrazně zlepšily. Stále narážíme na nedostatek informací ze strany nemocnic, ale i na malou vůli se pacientům věnovat. Přitom by stačilo málo a lidé po amputacích by si nemuseli hledat informace na internetu a tím si třeba i nevědomky ubližovat. Takový systém by mohl být umístěn na internetu, na stránkách, které by se zabývaly péčí o pahýl v domácích

podmínkách, kontakty na psychology, ambulanci pro léčbu bolesti atd. Odkaz na tyto stránky by se mohl nacházet na nástěnce na oddělení.

14 Seznam použité literatury

- DUNGL, Pavel. Ortopedie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 1273 s. ISBN 80- 247-0550-8.
- SOSNA, Antonín et al., 2001. Základy ortopedie. Praha: Triton, 175 s. ISBN 80- 725-4202-8.
- BEKEL, G., HALMO, R. Teorie deficitu sebekpěče. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 60s. ISBN 80-244-0794-9.
- ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. Obecná psychologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2012, 105s. ISBN 978-80-7013-548-8
- DUNGL, Pavel, 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUĽO. Management chronických ran. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
- KAISER, Radek. Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5808-4.
- KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2014. Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-567-9.
- KOLÁŘ, Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: nakladatelství Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOREŇ, Ján. Ortopedické pomůcky. Vydanie: prvé. Bratislava: NEOPROT spol. s r.o., 2016. 224 s. ISBN 978-80-972338-0-8
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ G., OLIVIEROVÁ, R. Ošetrovatelstvo 1. Martin: Osveta, 2004. 1474s. ISBN 8021705280
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. 1. vyd. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.

- LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. Edukacia a edukačný proces v ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2012. 155s. ISBN: 978-80-8063-3264
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ a kol. Moderná edukacia v ošetrovatelstve 1.vydání. Martin: Osveta, 2010. 260s. ISBN 9878-80-8063-321-9
- OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: definice, 1. české vydání. Editor T Herdman Praha: Grada, 2013. xxxiii. ISBN 978-80-247-4328-8
- PANEŠ, Václav MUDr. Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky 1.vyd. Olomouc: nakladatelství Epava, 1993. 180 s. ISBN 80-901471-2-7.
- PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika. 3., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
- KALKOVÁ, J. Obecná didaktika. 2. vydání. Praha: Grada, 2007. 322s. ISBN 978-80-247-1821-7
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. Ošetrovatelství v chirurgii I. Praha: Grada, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.
- SMUTNÝ, Milan. Informace pro pacienty po amputaci končetiny. 2. vyd. Překlad Sylva Homolová. Brno: MS ortoprotetika, 2013, 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7.
- SMUTNÝ, Milan, 2009. Informace pro pacienty po amputaci končetiny. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 64 s. ISBN 978-80-254-3820-6.
- STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi.. Ediční řada- Praktická příručka pro sestry. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2007. 55s. ISBN 80-7013-326-6
- STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.
- TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 185s. ISBN 978-80-7013-553-2
- TRACHTOVÁ, Eva, a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008, 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. Kvalita života. Brno : MU, 2005, ISBN 80-85800-81-0
- VENGLÁŘOVÁ, M. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8

VYHNÁLEK, Radim. 2007. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení, cesta k 68 dokonalosti a zvyšování kvality. Praha : Grada Publishing, a.s, 2007. ISBN 978- 80-247-1715-9.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Speciální chirurgie. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-726-2260-9.

Online:

SPÁČIL, J. a TÁBORSKÝ J. Klesá počet amputací dolních končetin? (online) Rozhl. Chir., 2008, roč. 87, č. 10, s. 531-535.

ZACHAROVÁ, E. Sestra a její pomoc při edukaci pacient k sebeděči. 2009 (online). Dostupné na [www.http://www.údokumenty/monitoring medií/823.pdf](http://www.údokumenty/monitoring%20medií/823.pdf).

KUSÁ M., OP u klientů po amputaci [online]. [cit. 2012-02-15] Dostupné z WWW: http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klientu_po_amputaci

NOFOOT,NOSTRESS[online].2012,[cit.2014-13-2]. Dostupné z: http://nofoot.cz/?page_id=33
<https://mojeproteza.cz/podpora-a-pomoc/psychologicka-pomoc/svepomocna-skupina/>
<https://www.ottobock.cz/protetika/informace-pro-amputovane/amputace-a-co-ted/>

Bakalářské práce

Petráková Simona. Edukační proces u pacienta po amputaci dolní kočetiny [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/14759>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Mgr. Vladimíra Fremrová

Blafková Šárka. Deficit sestry- edukátorka u nemocných po amputaci dolní končetiny v praxi [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2010] Dostupné z: <https://theses.cz/id/aqvjar/822159>. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Mgr. Věra Stasková R.N.

15 Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozhovor s respondentem A1

Příloha č. 2: Rozhovor s respondentem A2

Příloha č. 3: Rozhovor s respondentem A3

Příloha č. 4: Rozhovor s respondentem A4

Příloha č. 5: Rozhovor s respondentem A5

Příloha č. 6: Rozhovor s respondentem A6

16 Přílohy

Příloha č. 1

Věk: 44

Pohlaví: muž

Stav: rozvedený a svobodný

Důvod amputace: cukrovka, plánované

Povolání: záchranář

Bydlení: byt

Kdy jste byl operován a co bylo důvodem k amputaci?

Důvodem byl silný zánět. Bylo to 1.srpna 2018 8:00

Byla nějaká informovanost ohledně změn, které nastanou po amputaci (bydlení, práce, sport)

Ne vůbec nic, byla tam jen informace o amputaci, ale o tom, jak se bude žít dál nebo něco o protéze nic absolutně nic.

Jaký byly pocity po operaci?

Upřímně. Chtěl jsem si vpálit kulku do hlavy.

Byla nabídnuta nějaká psychologická pomoc v průběhu nebo po hospitalizaci?

Byla a nestála za nic, než aby pomohli, spíše mě utlumovali v práškách, žádný rozhovory, intervence.

Byl dostatečný pocit informovanosti ohledně péče (převazy, péče o operační ránu)

Ne, taky ne, o operační ránu ano, potom ten pahýl, že si má člověk vyvazovat, aby to dodalo nějaký tvar tak ani náhodou.

Spokojenost s rozsahem edukace v nemocnici byla jaká?

-10, péče byla super, ale informace nulové

Čerpal jste ze svých vědomostí?

Bohužel ze svých vědomostí, internetu a studie, to, co jsem si našel a ex přítelkyně našla, tak tím jsem se řídil.

Byly nebo jsou nějaké potíže po operaci (rozšklebení rány, bolest zad apod protože chodím křivě.

Ne nic, akorát až teď. Dostal jsem novou podtlakovou protézu a asi mi neseďí, jak by měl ten podtlak, takže mám otevřenou ránu na pahýlu.

Proběhla nějaká informace od ošetřujícího personálu ohledně fantomových bolestí a jak je zvládat?

Ne, asi jsem si prošel fakt peklem.

A informoval nebo ukázal vám někdo jak správně o ten pahýl pečovat? Ne, vůbec nic, bylo to v Motole, takže jsem čekal nějakou lepší péči, ale vůbec nic, až teprve na Malvazinkách mě to učili.

Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel?

Ne, vůbec nic, až na těch Malvazinkách Hanka Kohoutová, za mnou přijela domů, ukázala mi, jak zavazovat pahýl, zajistila mi protetika, během měsíce, co se mi zahojila jizva, jsem stál na nohou a učila mě chodit. Takže veškeré info až Hanka, v nemocnici vám uříznou nohu a nazdar.

Byla dostatečná informovanost v tom, jak pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

Z nemocnice mi dali něco málo, pak vlastně přítelkyně, která zdravotnictvím nebyla vůbec políbená, tak se vlastně všechno naučila hned, něco ode mě a dnes by dokázala převázat nohu lépe než kterýkoli doktor.

Informoval někdo při odchodu z nemocnice na koho se obrátit v případě komplikací či dotazů?

Ani náhodou, jen při obtížích navštívit emergenci, v Motole mě furt posílali za doktorem, co mi nohu sebral, ale víte co on je mladý, snaží se, fakt se snaží, ale prostě má svázaný ruce, je to ortopedická klinika, druhá v Motole a on má svázaný ruce, s ním by se dalo domluvit na více věcech, co by pomohlo a podobně, ale má prostě svázané ruce.

Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

Hodně, vážíš si víc života a chceš žít naplno, už neblbneš.

Kdo Vám byl oporou v této těžké životní situaci?

Nejvíce můj syn, byly mu 3 roky, ex přítelkyně mi hodně pomohla, odnesla moji zbraň na policii, bála se, že se zastřelím a hodně mi pomohla.

Znáte nějaké občanské sdružení ohledně této problematiky a využil jste jejího pomoc?

Nevyužil a neznám

No Foot No Stress říká vám to něco?

Jo, říká, ale nevěděl jsem o tom tenkrát, znám to, ale mám k tomu své výhrady.

Příloha č. 2

Věk: 45

Stav: svobodná

Vzdělání: vysokoškolské

Důvod amputace: vrozená cévní vada

Povolání: právnička

Bydliště: byt

Kdy proběhla amputace?

Proběhla 11.7.2019

Byla jste informována před operací o amputaci a o změnách, které by mohly nastat? (bydlení, práce)

Ano, velmi důkladně, ptala jsem se na všechno, lékař mi podával informace.

Jaké byly pocity po operaci?

Moje první pocity byly, že to sakra bolí. Ptala jsem se na všechno a nevěděla jsem, že to tak strašně bolí, když vás kus uříznou, ale oni vám pak něco napíchnou. Ale první pocit byl že to bolí.

Žádný postranní myšlenky a strach, já jsem delší dobu věděla, že to přijde, jenom jsem čekala na ten okamžik kdy to bude ono. Já jsem o tu nohu přijít nechtěla, fakt jsem na té noze lpěla a snažila se dělat vše pro to abych o ni nepřišla. Ale potom, když jsem o ni přišla, tak jsem to brala tak, že se to tak stalo a že je to nový start a že musím začít žít s tím že tu nohu nemám a nějaký co bude a jak to bude, to jsem měla předtím, než jsem o tu nohu přišla. Věděla jsem 17 let, že to přijde a pak poslední půl roku jsem věděla, že je to nezvratná věc a nějak jsem tyto věci neřešila. Ale přiznám se předtím, než jsem o tu nohu přišla, jsem byla u psychologů, u klinický, a probraly jsme to.

Byla nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

Ne, ani mi to nenabídli a ani se na to neptali. Já tu potřebu neměla a ani se mě nikdo neptal. Tak jsem to neřešila.

Máte pocit dostatečné informovanosti ohledně péče, převazů, péče o ránu?

Určitě, určitě jo, nemohu si na nic stěžovat, u mě to bylo krásný, krásně se starali, brzo jsem začala rehabilitovat, přišli po amputaci za mnou, zařídili mi protetika, přišel za mnou můj protetik. Opravdu si nemohu na nic stěžovat, mám pocit, že to potom běželo strašně rychle. Nebyli nějaký prostoje nebo přemýšlení, jelo se v tom, že ten život bude jiný, bez nohy.

Jaký byl rozsah edukace a péče v nemocnici?

Spokojenost, opravdu že ano. Prosila jsem o samostatný pokoj, chtěla jsem si zaplatit nadstandard (ten byl obsazený) a oni udělali vše pro to, abych ten pokoj měla pro sebe. Já to zvládala dobře, ale já si to potřebovala prožít o samotě, tak to mám nejradši, za mnou chodila rodina. Ona je starostlivá moje rodina. A chtěla jsem je mít nejvíc a co nejdéle u sebe. A v tom mi vždy vyšli maximálně vstříc.

Byli nějaké komplikace po té operaci?

Ne, vůbec ne, rána se dobře zahojila, je pěkná, dobře se zahojila. A co bylo potom, tak s tím se tělo popralo fakt dobře.

Proběhly nějaké informace ohledně fantomových bolestí?

Proběhly. Já jsem je začala mít docela brzo, v nemocnici mi dávali pořád něco, tak to jsem cítit nemohla, ale potom, když jsem se vrátila domů po 10-11 dnech tak začaly. Úplně ne maximálně, ale takový střední práh bolesti bych tak tipla. Já jsem to říkala potom na kontrole a tam se to řešilo. Můj chirurg zavolal do centra bolesti v nemocnici a já jsem tam šla, kde vám dají léky. Tramal, který je návykový snažili se mi dávat různé kombinace nějakých kapek a léků. Když to bude hodně a když to bude málo bolet, takže jako jo, informovali mě o nich a vyšli mi vstříc.

Proběhla informovanost ohledně péče o pahýl, jak ho bandážovat atd?

Nebyl to fyzioterapeut, byly to sestřičky, ty přišly, bandážovaly mi to a naučily mě to abych si to, mohla dělat sama.

Byl edukován, kromě Vás ještě někdo jiný, člen rodiny?

Moje maminka. Ta byla u toho bandážování a jinak nebylo potřeba, aby kdokoliv cokoliv věděl. Já jsem věděla všechno sama, ale tu bandáž, to mi pomáhala maminka.

Nějaké další informace ohledně protetické péče a využití kompenzačních pomůcek? Dostala jste třeba nějaký letáček nebo kontakt na někoho?

Tím, že tam za mnou přišel ten můj protetik, kterého mám do dneška, se kterým jsem spokojená, tak mi opravdu všechno vysvětlil, možnosti protéz, jak si na ty protézy člověk dosáhne, kdy má nárok na bionickou, jak funguje mechanická protéza, dostala jsem brožuru, kterou vydal Ottobock. Takže tu jsem dostala. Cokoli jsem potřebovala, tak mi byl vždy k dispozici a mohla jsem vždy zavolat.

Byla jste dostatečně připravena pečovat o pahýl v domácích podmínkách? Věděla jste, které masti používat, jaký další převazový materiál.?

Jo, přesně, jak to sprchovat, jak masírovat jizvu, nejvíce od svého protetika, těch informací jsem k tomu měla hodně.

Informoval Vás někdo při propuštění, na koho se obrátit v případě komplikací nebo v případě dotazů?

Já jsem měla svého chirurga a protetika. Takže ti byli, ale toho chirurga já jsem znala už předtím, jak jsem měla ty cévní problémy apod. Co mi tu nohu brali na cévní chirurgii, tam byl vysoký krevní tok v těch žilách, který měl fakt sílu tepenného krvácení, a proto mi brali tu nohu cévaři. My jsme se znali předtím.

Ovlivnila amputace váš život, popřípadě jakým způsobem?

Určitě ovlivnila, ale já si to nepřipouštím a někdy mám pocit, že si to ani neuvědomuju, že tu nohu nemám. Já mám totiž bionickou nohu i kloub kolenní. Měla jsem ji od začátku, můj protetik mi to dokázal zařídit a tak ano, samozřejmě, určité věci nejdu nebo jdou hůř, nerozběhnu se, neběhám a něco nešlo a postupně to jde, mám přizpůsobené auto, řídím auto, v práci jsem se domluvila že, prostě budu dělat na home office. Pak přišel covid a stejně jsme všichni začali dělat na home office. Byla jsem sama v Praze a po amputaci jsem se přestěhovala ke svým rodičům, protože jsou v důchodu a mají na mě čas a pomáhají mi v tom se starat a ano, změnilo to život. No a asi jako navždycky.

Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

No rodiče, bydlím u nich a stále pomáhají.

Znáte nějaké občanské sdružení, které se zabývá touto problematikou?

Znám No Foot No Stress, spolupracuji s Cestou za snem, která se tedy věnuje všem postiženým a pracuji s vozíčkářema a amputáři. Takže tyhle dvě organizace.

A odkud, přes známé nebo internet?

No Foot No Stress, protože Hanka Kohoutová mě učila chodit a spolupracuje s Ottobockem, takže přes tu tam a Cestu za snem do té mě přivedla jiná amputářka, Dáda Pecinová.

Příloha č.3

věk:18

stav: svobodný

Vzdělání: střední škola gymnázium 3. ročník

Důvod amputace: nehoda na motorce

Povolání: student

Bydlení: byt

Kdy byla amputace a co byl důvod k amputaci? Bylo víc operací, důvod amputace byl, že jsem si tu nohu utrlh komplet 29. května 2020. Nebylo co zachraňovat, jen sešít. Odletěl jsem do střešovické nemocnice, tam mi to co nejrychleji upravili, aby mě co nejdřív zavřeli, protože jsem spadl ze srázu do řeky, tak to bylo takový horší. Byl jsem na ortopedii, na Kladno mě převezli, pak mě pustili domů, to bylo všechno během tak tří týdnů max. měsíce. Po třech týdnech mě pustili domů a za tři dny mě vezla sanitka zpátky s otravou krve a šokem, takže jsem měl další operaci, protože z té řeky se mi do nohy dostaly bakterie. A jak jsem neměl antibiotika, tak při druhé operaci, způsobili pneumotorax a fluidothorax protože při intubaci vdechl zvratky. Nevysáli to, zůstalo to tam, takže asi po dvou dnech jsem měl masivní pneumonii a pak selhávání plic a ledvin, měl jsem otevřenou nohu při operaci, každý den jsem měl jezdit na sál na čištění, ale jak jsem měl tu pneumonii, tak jsem nemohl, nemohl jsem dostat anestézii, protože bych se udusil, takže mi to nějak čistili jako pod opiátem a sedativem a vlastně po 2-3 týdnech jsem mohl na sál. Tak mi to finálně upravili a zavřeli –

Takže asi cca šest týdnů, než se rána zavřela, jak vysoká ta amputace? V bérce, to tak podle mě, je delší než obvykle 20-22 cm.

Informovali Vás jaké mohou nastat změny po amputaci? (bydlení, práce, sport)?

Jakoby byla informovanost ale taková jako pesimistická, oni mi asi nechtěli dávat nějaký naděje, jak to brali podle normy, nemůžu říct, že by jako věděli úplně. Třeba na aru, tam jsem se logicky ptal jako první, když jsem to zjistil, řekli mi, že bez berlí abych nekulhal budu chodit až tak za 1-2 roky, a ředitel taky za rok až 2 a že jako hokej, nebo nějaký bruslení na ledu si prý nemám moc věřit, že to zvládne málo kdo, spíš by to spočítali na prstech rukou a fotbal asi taky už ne a takhle mi to oznámili, že nějakou protézu dostanu ale nevěděli moc jakou a co s tím se dá a nedá, kdo to hradí a tak, upřímně nic moc nevěděli no.

Jaké byly pocity po té operaci?

Jsem se probral no a nemám nohu, já jsem takový salámista, koukl jsem na nohu, nemám nohu, noha nedoroste, první 2 minuty jsem si tak říkal, co to jako je, říkal jsem si jaký to asi bude, moc pocitů jsem neměl, pak jsem si řekl noha nedoroste jde se dál, žádný deprese ani psychický problémy nic, ale tak já byl ještě zfetovaný, když mě přivezli tak to se dá svést na to, ale prohlašoval jsem proč mi nevzali druhou nohu, že bych se vešel lépe do postele a takový věci, takže jsem se tomu ještě zasmál.

Byla nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

No, jak to říct. Ten první den, jak jsem prohlašoval, „proč mi nevzali druhou nohu, že bych se vešel lépe do postele“ a začal se tam smát, tak mi řekli, že psychologa zvat nebudou to si pamatuji do teď, že kdybych potřeboval tak si mám říct.

Potom mi psychologa pozvali (jsem furt nechtěl samozřejmě, necítil jsem se nějak psychicky špatně) až když jsem byl fakt na těch opiátech dlouhou dobu na Kladně, jak jsem měl tu nohu otevřenou 3-4 týdny, denně podávaný a potom mi je vysadili protože mi to už nebylo do čeho píchat, jak jsem měl ty žíly úplně zničené, tak potom už to bylo, že jako jsem byl ty první dva dny takový nevrlý, tak to mi pozvali psychologa sami od sebe, že mě takového neznají a psycholog řekl, že mi jako nic není. Řekl jsem mu, že je to tím, jak jsem přestal brát ty opiáty, takže tím to tak skončilo, byl u mě jednou, jsme si pokecali a neshledal na mě žádný deprese ani nějaký psychický vady.

Je pocit dostatečný informovanosti ohledně péče z nemocnice (převazy, péče o ránu, chůze o berlích)?

Chůzi o berlích tu jsem měl zvládnutou dobře předtím, protože jsem měl vykloubený kotník, to jsem dost dlouho běhal o berlích to jsem nepotřeboval, ovázat nohu, Střešovice jako traumatologické centrum bandážování znali, protože se tam s tím setkávají. Na Kladně vůbec netušili, jak se bandážuje noha. Učil jsem je to já, takže netušili ale rádi se ode mě přiučili.

Co spokojenost s rozsahem edukace v nemocnici? (Vršovice a Kladno?)

Kladno určitě na posledním místě, ale zase za mě Kladno nejlepší nemocnice, kde jsem ležel, fakt že jo. Byl jsem protekční, nebudu říkat že ne, ve Střešovicích UVNka na ARU skvělý, ortopedie absolutní nezájem, totální, kus masa, tam mě primář přišel pozdravit a promluvit na mě až poslední den, co mi řekl pane Marek, přibližujete se k domovu. A to bylo jediný, co jsem od něj kdy slyšel, jinak nic. Ortopedie totální nezájem, nespokojenost. Sestry top Kladno, chodím za nimi doteď staraly se o mě jak o vlastního, jak moje maminky, nosily mi jídlo z domova.

Nějaké potíže po operaci? Po uzavření toho pahýlu? První problémy byly, když se mi jizva začala propadat, ještě když jsem měl protézu, tu mám propadnutou doteď, ale už je zahojená. Stehy jsem měl venku asi za 10 dní a strup se mi oloupal během 14 dnů. Protézu jsem dostal zadarmo od protetika. První protéza, dny týdnů naprostý peklo. Nevydržel jsem v tom, bolest už jen z poklepání. Kdybych položil párátko na tu hranu, tak bych asi začal brečet bolestí. Už jen ta představa, že půlkou váhy bych na to stoupl, a ušel 200m. Dělal jsem to stejně, protože jsem chtěl prostě chodit, ale byla to extrémní bolest, extrémní. Pak bylo druhé lůžko, to bylo ještě horší. Byl na rehabilitaci na Kladně, tam měli protetika, ten mi udělal lůžko taky zadarmo. Ten mi vyhovoval nejvíc, takže k tomu jsem začal chodit.

Znáte nějaké speciální přípravky na promazávání pahýlu? Hned s první protézou jsem dostal od protetika od Ottobock derma prevent, to jsem používal. Jinak tu jizvu, maminka zdravotní sestra, takže sama se starala.

Informace ohledně fantomových bolestí od ošetřujícího personálu a celkově o bolestech a jak je zvládat?

Na prvním místě opět Kladno. Bolest, s tou se mi snažili pomáhat, co to šlo. Mohl jsem si dokonce vybírat, co jsem chtěl. Vystřídal jsem toho spoustu a už jsem pak věděl, co mi zabírá a co ne. A dali mi na výběr co chci a mohl jsem si říkat, kdy to chci, stačilo zavolat a opravdu mi vyhověli. Když to teda nebylo nějak moc víc, než můžu.

O fantomových bolestech věděli přesně co to je a snažili se pomoci, jenomže tam byl takový problém u mě, že, když jsem měl tu nohu poprvé sešitou, nevím, čím to bylo, jak byly roztrhaný ty nervy, to byl pahýl, na který by se nedala nasadit protéza, protože ta jizva byla šílená. To bylo vidět že to zatáhli, aby to bylo co nejrychleji zavřený. A tam jsem to měl zmačkaný, nacpaný, všechn ten sval tam nacpali obrovský, nebyla tam kůže takže to sotva nějak zatáhli a asi jak to mačkalo na ty nervy, tak to bylo hrozný. Fantomovy bolesti furt. Pak, když mi to otevřeli, tak fantomovy bolesti šly pryč, ale byly celou dobu neuropatický bolesti a ty mám doteď, a i ty fantomovy, ale už ne tak hrozně.

Když mi dali ty opiáty, tak ty fantomovy bolesti byly mnohem horší, ale vadilo mi to mnohem méně, protože v tu dobu, kdy mi dali do žíly, tak trvalo dvě minuty a já měl pocit, jako kdybych si tu nohu tahal jakoby znova. Přirovnával jsem to

k tomu drtiči na větve, jak kdybych do toho dával tu nohu a drtilo mi to tu kůži, ty tkáně a tu kost. A ty pocity jsem s těmi opiáty pořád měl, ale působilo to na tu hlavu, jako že mi to bylo jedno a ani mě to neštvalo.

Když pomineme ty opiáty, tak co třeba pomáhalo, nějaká masážní technika nebo dechové cvičení?

Ne nic, jediný nejlepší bylo morfium, Dipidolor, Nalbufin, moje láska. To mě zároveň uspalo a pak Midazolam na převazy.

Byla nějaká edukace ohledně toho, jak správně pečovat o pahýl?

Byla, ale až od protetika, takže později. V nemocnici moc nebyla, protože v těch Střešovicích to bylo ještě otevřený, tak to mi moc neříkali, jenom at' mám nataženou nohu, at' se mi nezkrátí svaly. Tak to jsem měl, jinak jako až vlastně na rehabilitacích že to mám otužovat, míčkovat, cvičit, masírovat tu jizvu a protetik, ten taky. Hlavně bandážovat. Jinak u toho nemocničního personálu mi přišlo, že se v tom moc nevyznají.

Byl edukován ještě někdo jiný? Ano, byla, mamka.

Informace o možnostech protetické péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek, kdo tyto informace podal?

Poprvé mě podali informaci na ARU, ale zkresleně. Zdravotnický záchranář byl skvělý a fakt se mi snažil pomoci, co to šlo. Nemohu říct křivé slovo, ale bylo vidět, že taky úplně neví. A pak protetik. Jinak jsem si toho dost zjišťoval sám, protože jsem měl hodně volných chvil. Psal jsem do Ottobočku a ti mi rázem odepsali, do hodiny, na všechno. A věděl jsem toho docela dost.

Na stránkách Ottoboček jsem si zjišťoval nejvíc, jejich chodidla a všechno možný a pak jsem psal přímo do Ottobočku panu Brendtovi a ten mi odepisoval vždycky na všechno.

Byla dostatečná připravenost pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

Asi jo, byla. Mamka byla zdravotní sestra a věděla, jak pečovat.

Nějaká informace nebo kontakty na koho se obrátit při propuštění domů, třeba v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

Můj skvělý protetik byl vždy na telefonu, stačilo napsat a dostal jsem odpověď na všechno, komplikace jako by nebyly úplně. Mohl jsem zavolat do nemocnice.

Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

Nijak, možná mě posunula dál, jakoby trochu mentálně, že jsem takový. Nevzdávám se tak lehce, připravilo mě to na tuhle chvíli, celkově mě to posunulo dopředu, přemýšlím nad věcmi trochu jinak.

Kdo byl oporou v této životní situaci?

Všichni, kamarádi, brácha, máma. Probudil jsem se a dostal jsem zprávu, že nemám nohu a miliarda zmeškaných hovorů, zpráv, na messengeru, na Instagramu, na Snapchatu, zprávy, smsky, několik článků o mě, mojí motorce. Podívám se pod deku a tam není noha.

Nějaké občanské sdružení, které se týká Vaší problematiky a amputací?

V tu dobu jsem o tom nevěděl vůbec, až pak, když viděli video jak bruslím, přes mého protetika tak se se mnou zkontaktovali a přidali mě do skupiny No Foot No Stress. Využíváte nějak jejich pomoc? Ne, spíš já pomáhám. Pomoc nevyužívám, já ji dávám.

Příloha č. 4

věk, stav, vzdělání, důvod amputace, vzdělání a bydlení

34 let

rozvedený, muž,

Je to rok a tři čtvrtě po amputaci (nehodě), před půl rokem revizní operace, Zkrácení a upravení pahýlu kvůli osteofytu.

Bakalář (vysokoškolské)

zaměstnanec v marketingovém oddělení středně velké pardubické firmy, v současné chvíli žije v domě sám, výhledově byt ve městě.

Kdy jste byl operován a co byl důvod k amputaci?

Stalo se to 26.7.2019. Důvod byl traumatický úraz. Srazili nás s manželkou na motorce na silnici.

Byl jste informován před operací o amputaci a změnách, které by mohly nastat?

Trochu byl, když mě přivezli na příjem do fakultní na traumatickou, byl jsem už sice tišen nějakými léky, a zaváděli mi cévku, ale slyšel jsem, že mi tu nohu nezachrání. Tehdy jsem si to neuvědomoval, že o tu nohu přijdu.

Jaký byly pocity po operaci?

Druhý den po probuzení, jsem věděl, že jsem zadrátovaný a že ze mě koukají hadičky. Ale nic mě nebolelo, byl jsem na opiátech silných, bolest nebyla, ale řekli mi, že jak jsem dopadl, tak jsem se rozbřečel. Byla to obrovská rána. Moc dlouho to netrvalo. Dozvěděl jsem se totiž, že žena Kačka taky žije, že jsme to oba přežili, což bylo super.

Byla nabídnuta nějaká možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

Nebyla, u sebe se ani nedivím, protože jsem tam stále sršel vtípem. Ale třeba u Kačky, ta to potřebovala a u ní jsme si o to museli vyloženě říct, aby tam někoho posílali.

Máte pocit dostatečné informovanosti ohledně péče, převazů, péče o ránu, soběstačnost v domácím prostředí, jak se chovat o berlích, léky.

Ne, tohle mi přišlo nejhorší, já jsem šel na tu amputaci, třináctý den po nehodě, kdy se rozhodli, že to koleno nezachrání, od té doby si mě v nemocnici nechali osm dní, takže po dvaceti dnech jsem šel domů bez nohy, o berlích, nemohl jsem se moc pohybovat a bylo to jen na mě, abych se zařídil, co a jak potřebuji. Dali mi seznam léků, které si mám vyzvednout v lékárně a nazdar. Takže spíš zafungoval internet? Určitě, dostal jsem papír, na kterém byly nakreslené a napsané nějaké postupy, jak se bandážuje a jak mám polohovat tu nohu a byly tam dokresleny propiskou nějaké rady navíc. Ale to bylo celý, dvě vytisknuté stránky o ničem a nevěděl jsem, co mám dělat. Kdybych neměl rodinu tak nevím, co bych si počal.

Jak byste zhodnotil spokojenost s rozsahem edukace v nemocnici 0 nejhorší, 10 nejlepší?

Asi 3, Mohlo by to být určitě lepší

Byly nějaké potíže po operaci (rozšklebení rány, vyrážka na noze či pahýlu)?

Při první jsem amputaci měl úplně vzorový dohovor, takže vůbec ne, měsíc nebo pár týdnů (2-3 týdny po operaci) mi začali vyndávat stehy. Jizva byla krásná od začátku, šla hezky tvarovat. Takže ne. Problémy jsem pak měl u té druhé operace.

Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu ohledně fantomových bolestí, jak je zvládat nebo celkově bolesti, které mohly nastat po operaci?

Fantomovy bolesti, na to jsem přišel sám, že je mám, když mě to tam na tom lůžku pořád bolelo, a přitom mě to nemělo bolet, takže jsem se ptal proč mě to bolí. Tak mi to vysvětlili, že je to tady to a zároveň, že na to nejsou žádné léky, protože je to asi taková neprobádaná oblast, nevím. Skutečně na to žádné léky nezabírají. Je to spíš bolest nebo pocit? Fantomovy bolesti jsou bolesti i pocity, pocity jsou žádoucí, těch se člověk nemá zbavovat a ty jsou vždycky. Myslím si, že je má každý amputář. Fakt to fyzicky bolí, že člověk nemůže myslet na nic jiného, že prostě teď zrovna prostě trpí, bolestí, jako by mu zaráželi hřebík do nohy. Takže je to fakt jako bolest nesmyslná.

Byl někdo, kdo Vás informoval ohledně pahýlu, jak s ním zacházet, jak ho umýt a jak dezinfikovat?

Ne, vůbec. Když jsem odcházel z nemocnice, tak jsem to měl zalepený a zabandážovaný. Jediný, co jsem měl udělat, bylo za dva týdny kontaktovat praktickou doktorku, ať se mi na to podívá, jak se to hojí. Takže dva týdny jsem na to neměl asi hrábnout. Praktická to viděla no, takže jsem měl víceméně zákaz se na to dívat. Myslím si, že mi řekli, že si nesmím škrábat strupy.

Takže komplikace po operaci po první nebyly. Teď jsem na blogu četla že, něco málo tam bylo, nějaký problém?

Ano po té první nebyly, to se ta jizva krásně zavřela, vytáhly se stehy, vše v pohodě. Když jsem byl na té druhé, tak oni tu nohu otevřeli prakticky na stejném místě, akorát ty kraje vzali jinudy, nevím proč, ale budiž. Takže tam mám trochu rozšklebenou jizvu, ale potom, když se to hojilo, tak tam nějaký ty stehy začaly zarůstat (to byla chuťovka) a na tom středu to začalo hnisat. Musel jsem brát antibiotika. Byla tam nějaká bakterie nebo něco, pořád to teklo.

Byl edukován někdo jiný z rodiny, blízký přítel, maminka, tatínek?

Myslím si, že nejvíc ségra, ta se opravdu angažovala nejvíc a všech se vypyta, nenechala se odradit. Takže ta toho věděla asi nejvíc v tu chvíli. Protetika mi sehnal brácha přes nějaké své známé v Kladrubech. Zjišťovali, co a jak, a dopředu věděli, co nás čeká. Díky nim jsme takový věci řešit nemuseli. My jsme řešili jenom tu bolest a ležení a oni zjišťovali všechno, co nás čeká.

Takže z nemocnice žádná informace o protetické péči, možnosti využití kompenzačních pomůcek nebyla? Ne, vůbec nic, tam mě prostě jenom sešili a nic, rehabilitace nic.

Návštěva protetického pracovníka neproběhla ani v rehabilitačním centru?

Návštěva protetického pracovníka proběhla už v nemocnici, ale museli jsme si ji sami zajistit. Nikdo nám o tom neřekl a prostě jsme si kontaktovali Malíka Hradeckého a ty nám tam poslali jednoho zástupce, který se s námi pobavil, jak to zhruba probíhá s tou protézou, a tak a kdy se dělá plnoprotéza a kdy se začíná stavět noha, jaký jsou možnosti, jaký jsou kolena, dal mi brožuru, co dělat po amputaci. Z té jsem se dozvěděl asi nejvíc. Nějaká brožura od Ottobočku, nevím jak se jmenuje, šikovná věc. Je tam časový harmonogram od amputace, do třetího týdne toto a po dvou měsících tady to. Tam jsem se toho dozvěděl nejvíc.

Co dostatečná připravenost pečovat o pahýl v domácích podmínkách? Byla potřeba upravovat domácnost, nějaká madla, obvazy nebo lékárna byla potřeba připravit?

Nakoupil jsem si obvazy a dezinfekce, pro případ, že bych to ještě potřeboval, na tu druhou operaci. Po ní jsem to využíval o hodně víc, stahovací obinadla,

abych pak správně bandážoval. Toho jsem se bál nejvíc, že bych to mohl nějak pokazit, že si to budu špatně bandážovat. Takže jsme to nenechali náhodě a začali jsme shánět rehabilitace, aby to někdo sledoval a pozoroval. Naštěstí mě dostali do Hradce na rehabilitaci. Vlastně pořádné edukace o bandážování převazech bylo až v Hradci na rehabilitaci po třech týdnech doma. No tak nějak to bylo, že jsem byl 2-3 týdny doma a už jsem si začal pomalu zvykat na tu domácí pohodu a pak zpět do nemocničního prostředí. Ale jsem rád že jsem šel, fakt mi to dalo dost.

Jaká byla informovanost po propuštění, na koho se obrátit v případě komplikací, bolesti a dalších takových věcí?

Dostal jsem propouštěcí zprávu, kde byly telefony, jména doktorů. A to bylo celý, já jsem byl chirurgicky vyřešený, takže oni se mnou jako by už nechtěli nic mít.

Jakým způsobem vám amputace ovlivnila život?

Já přemýšlím, jakým způsobem neovlivnila. Je tam spousta kladných a záporných věcí, takže dá se na to koukat tak i tak. Ve všem se člověk musí přizpůsobit, musí myslet, že když jde třeba do lesa na houby, tak už asi nezvládne každý terén, všechno se musí víc plánovat, já mám protézu, která se nabíjí, takže musím myslet na to, že ji musím mít nabitou, i když vydrží pět dní v pohodě. Ale už se mi několikrát stalo, že jsem to zapomněl nabít a pak jsem najednou skončil s vybitým kolenem. Takže takový prkotiny. Člověk se nesmí moc unavit během sportu přes den, protože pak ještě musí večer fungovat. Nechci skákat po jedné noze a zničit si poslední koleno, který mám zdravý. To koleno u amputářů, to druhý, pak strašně trpí. Od té doby, co se mi to stalo, tak mi v něm začíná křupat a cítím, jak je přetěžovaný. Takže se snažím vyhýbat skákání po jedné noze co to jde. Ale zas člověk sebou nechce pořád tahat berle. A co se týče sportu, tak díky tomu, že jsem měl tu komplikaci, tak veškeré běhání, co jsem myslel, že bude v plný parádě, tak bohužel. Takže se to začalo naopak zhoršovat, začalo to bolet. Běhání šlo stranou, maximálně na kolo šlo jít a cvičení doma. Jenže to mě extrémně nebaví. Jsem spíše venkovní.

Kdo byl Vaší největší oporou v této životní situaci?

Určitě rodina, ta bez debat, ti tam byli od začátku, kamarádi, kolega z práce, kámoši, co jsem poznal za život, takže kolektiv, ale rodina nejvíc, změnili svoje rozvrhy a byli strašně nápomocný ve všem.

Co občanské sdružení, které se věnuje této problematice amputací, jestli znáte?

Znám, mám už kamarády v No Foot No Stress, což je organizace, která provozuje dost věcí. A potom jsme si vytvořili takovou skupinu od

Ottobocku, což je výrobce protéz a jejich školitelka chůze, fyzioterapeutka Hanka Kohoutová, tak je taková akční, že nám vymýšlí programy a kolem ní se srocuje hromada amputářů, většinou aktivních, protože abychom byli nějak stejně mentálně nastavení. Občas tam přijde někdo, kdo je na tom špatně nebo třeba má chmurné myšlenky. Myslím si, že ta skupina funguje skvěle na to, abychom si vyměnili zkušenosti s pojišťovny, s tím co nás bolí a jak to řešíme a co jde a co nejde. Motivujeme se vzájemně. To mi přijde jako to nejlepší, co asi může každý amputář přát. Najít si takovou skupinu je úplně boží.

Odkud jsou ty informace o sdružení?

Já jsem člověk, který hodně googlí, takže jsem to našel na internetu, informace o protézách, jaký jsou možnosti, že je tady Ottobock. Takže mi z toho pak vyplynulo, že se kolem toho motá No Foot No Stress, že je tady nějaká Hanka Kohoutová a od začátku jsem s Ottobockem hodně pekl. Věděl jsem, že tím směrem chci jít.

Příloha č. 5

Poprosím věk, zda jste svobodná nebo vdaná a jaké máte vzdělání...

Jasně, takže, 37, vdaná a 2 děti, vzdělání, vysokoškolské, magistr,

Jak postižení vzniklo?

Úrazem v sedmi letech. Spadla jsem pod nákladřák, takže traumatický, s tím, že týden jsem měla ještě nohu a po týdnu jsem dostala velkou sepsi, takže tu nohu museli amputovat.

Upřímně, z toho období já si moc nepamatuji, takže to řešili s rodičema, vlastně to byla jediná možnost, aby mi zachránili život tu nohu amputovat. Od kolene po kotník jsem neměla vlastně žádnou svalovinu, jenom kosti, takže oni říkají, že by ta noha stejně výhledově byla výrazně nefunkční.

Povolání – já jsem povoláním speciální pedagog, psychoterapeut.

Bydlíte v bytě nebo v domě – v domě na vesnici.

Museli jste nějak upravovat dům, abyste mohla plnohodnotně žít, sama o sebe pečovat, o děti a tak?

Asi ne, ne, máme i patrový dům. Jedině koupelnu naši přizpůsobili kvůli madlům, jinak vlastně žádný změny a úpravy ani tehdy se nedělali. No a to jsme bydleli taky v patře v rodinném domě a teď vlastně v koupelně nemám ani madla, protože

máme široký sezení u vany, ale u našich běžně využívám ty madla. No jinak nemám to nějak upravený. Nemáme nikde prahy, ale to je asi tím, že to tak tady bylo. Vozík nemám, speciální úpravy nemám.

Když byste si třeba vzpomněla vaše pocity po té operaci, po té amputaci?

Měla jsem zpětnou vazbu od bráchy, byla jsem hodně zlá, sprostá. Ona tehdy nefungovala žádná psychologická péče, intervence ani pro naše, nebo pro mě. Tak se to nějak tak patlalo. Asi nejhorší byla puberta, jako ty běžný řeči, komu se líbím nelíbím. Byli ještě umocněný tou protézou třeba. Nebo taková ta životní pohoda. S reakcemi jsem se naučila žít. Vedli mě k tomu, že mohu dělat všechno, takže jsem sportovala, chodila jsem do běžný školy.

Edukace nebo psychologická péče v průběhu vůbec nic nebylo?

Ne, nic nebylo, vlastně já jsem byla v nemocnici, pak mě překládali do lázní, domů jsem se vrátila po několika měsících. Takže tam jsem se naučila chodit, ale vždycky jsem byla takový atypický případ, s tím, že vlastně v těch místech nikdy neměli tolik amputářů. A hlavně třeba takhle malých. Takže to byl třeba pokus omyl. Mám špatný stereotyp chůze, a to je díky tomu, že jsem v mládí chtěla být strašně rychlá, takže jsem se tak naučila. Protože když chodíte moc rychle tak to nevypadá hezky. Ale je to jenom funkční, je to kývavý styl chůze. Není to moc dobrý pro záda, ale je to rychlý. V deseti ve dvanácti to šlo. Ale já jsem spíš chtěla být rychlá než hezky chodit. Teď už je to těžký s tím něco udělat.

Přítomnost, zajímá mě, co péče o pahýl jestli třeba v dnešní době chodíte za odborníkem nebo si hledáte informace na internetu, jak se starat o kůži, o ty staré jizvy a tak?

Mně se to vždycky dobře hojilo, tohle je dobrý, teď řeším nějaký problémy s protézou, a nějaký výrazný otlak dole na jizvě, takový jako cucflek, který se dělá vždycky pod tlakem. Nevím jak dobře se mi prokrvuje, teď jsem poslední dobou strašně zmrzlá, už od zimy, takže jak mám studený nohy, tak mám studený všechny konce těla. Takže silně to pociťuji a je to něco, co teď řeším s protetikem. Ale já ten pahýl mám výrazně krátký, třeba patnáct cm stehna, s tím, že ta kost je třeba deset centimetrů, takže já tam mám hodně velkou svalovinu s tím, že po těch dvou porodech, nebo dvou dětech a stárím tak ztrácím svalovinu.

Fantomovy bolesti nebo celkově bolest?

Jsou to spíš pocity, já bolesti jako takový nemám, možná, když si skřípnu nervy, ale to je pak v kříži. Mám bolest, ale je to jakoby tím nervovým drážděním, není to vyloženě fantomova bolest. A co se týče fantomových pocitů, tak ty mám, ale

jsou to pocity a nevnímám je špatně. Ale jako klasický fantomovy bolesti jsem nikdy neměla, nevybavuji si to.

Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

Dost, hlavně v pubertě, spolužáci divně koukali, posmívali se. Bála jsem se že zůstanu sama.

Poslední otázka. Znáte občanské sdružení, které se zabývá touto problematikou?

Tak to je No Foot No Stress, S protézou život nekončí, Klape to, Ti, co lezou na Sněžku a Asociace protetických pacientů. Takže tyhle, víc jich asi vyloženě pro amputáře není. Ti, co dělají paddleboard kolem Tábora v jižních Čechách. A pak chtěli něco dělat ve Frýdku-Místku, ale tam se ten tým rozpadá, takže tam teď nic není. Informace si hledám na internetu.

Jste v nějakém sdružení zapojená nebo využila jste jejich pomoc?

Jejich pomoc jsem nevyužila, respektive byla jsem cvičit s No Foot No Stress, když dělali cvičení na Malvazinkách. Teď je to ale výrazně omezené kapacitně a mají to pro svoje vybrané amputáře. Takže už to nedělají veřejně, už ani loni v létě, je to pro vybraný lidi, který mají, ty, co byli na Malvazinkách na rehabilitacích, ty, co spolupracují s Ottobock a ty, co pracují s Hankou Kohoutovou.

Příloha č.6

Věk: 31 let

Stav: Svobodný, bez dětí, s přítelkyní a kočičím miminkem

Důvod amputace? Pracovní úraz, spadlo na mě svodidlo o váze 5 tun. První operací mi rovnali prsty, zkoušeli mi celkově narovnat nohu v Benešově v nemocnici. Posléze mě poslali do Motola, kde se ke mně zachovali jako ke kusu hadru. Řekli mi, že to budou amputovat, takže nechali mi jen patu. Když jsem se zeptal toho doktora, řekl mi, že se s tím dá chodit.

Postupem času, když jsem ležel na traumatologii, tak jsem přemýšlel co a jak to bude vypadat, nedokázal jsem si to představit a pochopit tu jejich pomůcku pro lepší chování.

Po čtrnácti dnech v Motole mi řekli, že patřím do svého města Velké Meziříčí do kraje jihomoravského a že mě pošlou do Brna, kde po konzultaci, po třech dnech mi řekli, že to budou amputovat pod kolenem. pro lepší chování a protetiku, aby se to lépe protetikovalo. Je to vysoko v bérce pod kolenem.

Povolání? Vyhodili mě z práce.

Co bydlení a úpravy? Rodinný domek. Nemuselo se nic upravovat, jen pomůcky jsem si musel nakoupit, jelikož mi bylo řečeno pojišťovnou, že to zvládnou a že mi to neproplatí.

Jak dlouho jste po operaci?

15 měsíců po amputaci.

Dostal jste nějaké informace o amputaci a o změnách, které nastanou po amputaci? (bydlení, sport, práce)

Spíš práce. Byl jsem rok doma. V prosinci mi řekli, že se mnou nepočítají do budoucna a když jsem se zeptal na důvod, co se stalo, tak mi bylo řečeno, že se čeká na výsledek kriminálky, která posoudí cizí zavinění nebo moje zavinění. Jsem patnáct měsíců doma a nevím, co mám dělat. Nevím, zda jsem za to mohl sám nebo nemohl. Ale oni na všechno mají čas. I přesto, že se snažím začleňovat tak mám neustále nějaké překážky. Jak s důchodem, tak s tím, že nevím, jak to bylo. Nevím, na čem jsem, jakákoliv práce, co bych mohl dělat v sedě, mě nevezmou, protože nemám vyřešený úraz a nevím, zda bych to zvládl, jsem stoprocentně zdravý na pracáku. Takže jak si mám najít práci, když nikdo nemá zájem, protože každý má strach.

Jaké byly prvotní pocity po operaci? Vzhůru nohama se mi otočil celý svět, musel jsem přehodnotit různé situace. Nemůžeš skákat na trampolíně, ve vodě dělat blbosti v bazéně, na vše jsi opatrný. Musel jsem se postavit, začít chodit a znova začlenit. Moje máma se s tím nikdy nesrovná, táta to přijal. Ale máma ne, ta to nepřijala.

Byla v průběhu hospitalizace možnost využít psychologické pomoci? V Motole ne, tam mi nedali nikoho, musel jsem se s tím srovnat sám, ani se nezmínili. Řekli mi, že se s tím musím naučit žít. Nemohl jsem spát díky fantomovým bolestem.

Proběhla edukace ohledně převazů, péče o pahýl a ránu?

Neproběhla, já jsem se tam nedostal. Já si tu patu nedokázal sám převázat, takže jsem byl odkázaný na sestry a zřízence pomocníky. V Brně to šlo, sama ta sestřička mi říkala, že až mě pustí, že si to budu převazovat sám. Ukázali a informovali mě, jak to bude vypadat, nafotil

jsem si to a natočil ten postup. A i přítelkyni do toho zasvětlili. V Brně to bylo v pořádku, byl jsem spokojen.

Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech a jak je zvládat?

Ano, a dávali mi léky na bolest.

Byly po operaci nějaké komplikace?

No, měl jsem ramputaci, aby se pahýl lépe protetikoval. Jinak nic.

Byl edukován ještě někdo jiný?

Ano, přítelkyně, ta se naučila bandážovat, vše jsem si nahrával.

Byl jste dostatečně připraven pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

Docela jo, pomohla přítelkyně.

Byla nějaká informovanost ohledně protetiky a protetických služeb?

Dostal jsem informace od chirurga, že za mnou přijde člověk, co s tím má zkušenosti a je to prý na mě. Našel jsem si na internetu informace o amputářiích a nakonec si protetik našel mě. Ozval se mi do soukromé zprávy, řekl mi, že mám dojet za ním a za týden jsem měl hotovou protézu.

Informoval Vás někdo při propuštění na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

Propouštěcí zpráva a tam telefony.

Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

Dost, byl jsem zvyklý pracovat, a teď jsem doma, zdravý a nemám z toho nic.

Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

Přítelkyně a rodina

Máte nějaké informace o sdružení, které se týká této problematiky?

Pouze Facebook, nic jiného neznám. Chtěl jsem jet na Malvazinky, ale kvůli covidu to nedopadlo, ale chtěl bych se tam dostat.

A co No Foot No Stress?

Jo tak to znám.